



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

Diplomsko delo

visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje

ZDRAVSTVENA NEGA

**ZDRAVSTVENA OBRAVNAVA PACIENTA S  
SAMOMORILNIM VEDENJEM V  
PREDBOLNIŠNIČNEM OKOLJU**

**HEALTH CARE PROVISION OF SUICIDAL  
PATIENTS IN THE PREHOSPITAL SETTING**

Mentor: mag. Branko Bregar, viš. pred.      Kandidat: Gašper Štremfelj

Jesenice, maj, 2017

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorju, mag. Branku Bregarju, viš. pred., za vso pomoč in nasvete pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se Gordani Lokajner, pred. in doc. dr. Ivici Avberšek Lužnik za recenzijo diplomskega dela.

Hvala Nataši Razpet za hitro in natančno lektoriranje diplomskega dela.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Samomorilna ogroženost osebe spada na vseh področjih pod nujna stanja. Za uspešno preventivno preprečevanje in prepoznavanje samomorilnega vedenja je potrebno ustrezno znanje o dejavnikih tveganja in osnovah pomoči posamezniku. Takšno znanje ni pomembno le za strokovnjake za delo z ljudmi v stiski, temveč tudi za druge. Cilj je preprečiti čim več smrti zaradi samomorov.

**Cilj:** Na podlagi dobljenih rezultatov predstaviti pristop nujne zdravstvene ekipe do pacienta s samomorilnim vedenjem in izdelati nekatera priporočila za strokovno in učinkovito zdravstveno obravnavo pacienta, ki je samomorilno ogrožen.

**Metoda:** Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi empiričnega neeksperimentalnega kvantitativnega raziskovanja. Vprašalnik je bil razdeljen med 200 reševalcev, vrnjenih je bilo 151, realizacija je bila 75,5 %. Raziskava je potekala od aprila do avgusta 2016. Rezultati so prikazani s frekvencami, odstotki, povprečnimi vrednostmi in standardnimi odkloni ter drugimi statističnimi metodami: t – test. ( $p < 0,05$ ) ANOVA ( $p < 0,05$ ) in Pearsonov koeficient ( $p < 0,05$ )

**Rezultati:** Večina anketiranih se je že srečala s samomorilno ogroženo osebo (95,4 %). Najpogosteje so se anketirani srečali z obešanjem (51,7 %). Statistične razlike glede na spol so pokazale, da ženske pogosteje sprašujejo o vzroku poskusa samomora kot moški ( $t = 4,341$ ,  $p = 0,039$ ). Na anketirance z daljšo delavno dobo uporaba fizične prisile pri osebi s samomorilnim vedenjem vpliva bolj stresno kot na anketirance s krajšo delovno dobo ( $r = 0,204$ ,  $p = 0,012$ ). Med različnimi prisilnimi sredstvi se moški pogosteje odločajo za prisilni jopič kot ženske ( $t = 26,552$ ,  $p = 0,001$ ). Za anketirane z nižjo izobrazbo je uporaba fizične prisile pri samomorilno ogroženih osebah manj stresna kot za anketirane z višjo izobrazbo ( $F = 3,815$ ,  $p = 0,024$ ).

**Razprava:** Reševalci potrebujejo več znanja in spretnosti pri obravnavi oseb, ki so samomorilno ogrožene, saj so pogosto soočeni z njimi. Pri tem se srečujejo z različnimi težavami, kar kaže na to, da obstajajo priložnosti za izboljšanje trenutne klinične prakse. Z dodatnimi izobraževanji bi zagotovili tako reševalcem kot tistim, ki so potrebni pomoči, na intervencijah višjo stopnjo varnosti in uspešnosti.

**Ključne besede:**

Izobraževanje, nasilni pacient, ekipa nujne medicinske pomoči, komunikacija, duševne bolezni.

## ABSTRACT

**Background:** The risk of suicide for an individual belongs under emergency conditions in all areas of health care. To successfully prevent and identify suicidal behaviour, proper knowledge about risk factors and basics of providing help to individuals is needed. Such knowledge is not only important for professionals who work with the people in need, but for anyone. The goal is to prevent as many deaths from suicide as possible.

**Aim:** We wanted to use the obtained results to present the approach of an emergency medical team to a patient with suicidal behaviour and compare it to the theoretical discoveries and then produce some recommendations for professional and efficient medical treatment of a patient at risk of suicide.

**Method:** The research was based on the descriptive non-experimental method of empirical quantitative research. The questionnaire was distributed among 200 emergency responders. 151 questionnaires were returned for the response rate of 75.5%. The survey was conducted from April to August 2016. Results are shown by frequencies, percentages, mean values and standard deviations and other statistical methods: t - test. ( $p < 0.05$ ), ANOVA ( $p < 0.05$ ) and the Pearson coefficient ( $p < 0.05$ )

**Results:** In the study, almost all respondents have encountered persons at the risk of suicide (95.4%). Most often, the respondents encountered hanging (51.7%). Statistical differences between gender showed that women ask about the cause of attempted suicide more often than men ( $t = 4.341$ ,  $p = 0.039$ ). Respondents with a greater length of service found the use of physical restraint more stressful than the respondents with shorter length of service ( $r = 0.204$ ,  $p = 0.012$ ). The use of physical restraints in the intervention involving persons at the risk of suicide show differences in gender, where men use the strait jacket more often than women ( $t = 26.552$ ,  $p = 0.001$ ), the use of physical restraint with suicidal persons at risk is less stressful for respondents with lower education than for respondents with higher education. ( $F = 3.815$ ,  $p = 0.024$ ).

**Discussion:** Additional training would ensure higher level of safety for rescuers and patients on interventions, help prevent further suicides and ensure faster and effective treatment of patients.

**Keywords:** Training, violent patient, emergency medical assistance team, communication, mental illness.

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL .....</b>	<b>3</b>
	2.1 OPREDELITEV SAMOMORA .....	3
	2.1.1 Dejavniki tveganja za razvoj samomorilnega vedenja .....	3
	2.1.2 Obremenjenost držav s samomori .....	4
	2.2 SAMOMORI V SLOVENIJI .....	5
	2.2.1 Značilnosti samomorov v Sloveniji .....	5
	2.2.2 Statistični podatki .....	6
	2.3 URGENTNA PSIHIATRIČNA STANJA V PREDBOLNIŠNIČNEM OKOLJU.....	6
	2.3.1 Nasilje in agresija .....	8
	2.3.2 Psihotična stanja .....	8
	2.3.3 Depresija .....	9
	2.3.4 Akutni alkoholni opoj in zastrupitev z alkoholom .....	10
	2.3.5 Demenca .....	10
	2.3.6 Anksiozne motnje in panični napadi.....	11
	2.3.7 Delirij.....	11
	2.3.8 Agitiranost .....	11
	2.3.9 Samomorilni poskus .....	12
	2.4 URGENTNO TERAPEVTSKO UKREPANJE IN ZDRAVLJENJE PRI OSEBI, KI JE SAMOMORILNO OGROŽENA .....	13
	2.4.1 Pristop k samomorilno ogroženi osebi na terenu.....	13
	2.4.2 Prevoz samomorilno ogrožene osebe v bolnišnico.....	14
	2.4.3 Hospitalizacija proti volji samomorilno ogrožene osebe.....	15
	2.4.4 Bolezenska psihiatrična stanja, ki najpogosteje zahtevajo hospitalizacijo .....	15

2.4.5 Vloga policije pri izvajanju neprostovoljne privedbe osebe v psihiatrično bolnišnico.....	16
<b>3 EMPIRIČNI DEL.....</b>	<b>17</b>
3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA.....	17
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	18
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	18
3.3.1 Metode in tehnike raziskovanja.....	18
3.3.2 Opis merskega instrumenta.....	19
3.3.3 Opis vzorca.....	20
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov.....	22
3.4 REZULTATI.....	22
3.5 RAZPRAVA.....	34
3.5.1 Omejitve raziskave.....	40
<b>4 ZAKLJUČEK.....</b>	<b>41</b>
<b>5 LITERATURA.....</b>	<b>42</b>
<b>6 PRILOGE</b>	
6.1 INSTRUMENT	
6.2 SOGLASJA	

## **KAZALO SLIK**

Slika 1: Starost anketirancev.....	21
Slika 2: Delovna doba anketirancev.....	22

## **KAZALO TABEL**

Tabela 1: Demografski podatki anketiranih.....	21
Tabela 2: Pogostost intervencij s samomorilno ogroženo osebo.....	23



Tabela 3: Načini samomora in poskusi samomora na intervencijah .....	23
Tabela 4: Sestava ekipe na intervencijah s samomorilno ogroženo osebo.....	24
Tabela 5: Občutki anketiranih na intervencijah s samomorilno ogroženo osebo.....	24
Tabela 6: Obravnava samomorilno ogrožene osebe na terenu .....	25
Tabela 7: Znanje ekipe NMP glede obravnave osebe, ki je samomorilno ogrožena.....	26
Tabela 8: Odnos ekipe NMP do samomorilnih intervencij glede na spol .....	27
Tabela 9: Odnos ekipe NMP do samomorilnih intervencij glede na izobrazbo .....	29
Tabela 10: Povezanost med odnosom ekipe NMP na intervencijah s samomorilno ogroženimi osebami in delovno dobo.....	31
Tabela 11: Uporaba različnih vrst prisilnih ukrepov na intervenciji s samomorilno ogroženo osebo .....	32
Tabela 12: Vzroki za samomor po mnenju anketiranih.....	33
Tabela 13: Odredba prisilnih ukrepov .....	34

## 1 UVOD

Samomor je prisoten v naši družbi, prisoten je bil v preteklosti in bo tudi v prihodnosti. Samomor se pojavlja po vsem svetu. Je najbolj osebno dejanje, za katerega se oseba odloči (Marušič & Zorko, 2003). Samomor je v sedanjem času velik in zaskrbljujoč javnozdravstveni problem ter izziv zdravstvenih politik. Da pa se človek odloči za samomor, ni stvar trenutka, ampak je to dlje časa trajajoč proces. Najblažja oblika samomorilnega vedenja so samomorilne misli, ki se potencirajo do samomorilnega namena, načrta in poskusa samomora (Roškar, 2009). Uspešno preprečevanje samomora pomeni dovolj hitro prepoznati samomorilni proces in zagotoviti pomoč pri zmanjševanju ogroženosti (Groleger, 2009).

Za uspešno preventivno preprečevanje in prepoznavanje samomorilnega vedenja je potrebno ustrezno znanje o dejavnikih tveganja in osnovah pomoči osebi. Takšno znanje ni pomembno le za strokovnjake, temveč v določenem obsegu tudi za laike. Cilj vseh aktivnosti je preprečiti čim več smrti zaradi samomorov (Groleger, 2009). Med strokovnjaki se zaposleni na področju zdravstvene nege vedno pogosteje srečujejo s samomorilno ogroženimi osebami. Pri preprečevanju samomorilnega vedenja zato le ti aktivno sodelujejo pri obravnavi osebe tako na področju primarnega kot tudi sekundarnega zdravstvenega varstva (Kregar, 2012).

Tako v psihiatriji kot v predbolnišničnem okolju se poskus samomora ocenjuje kot nujno stanje. Reševalci so običajno prvi, ki pridejo v stik s samomorilno ogroženo osebo. Obravnava takšne osebe je zahtevna, največkrat tudi stresna in neprijetna. Opažene so določene pomanjkljivosti, s katerimi se v praksi pri svojem delu reševalci lahko srečujejo (Kregar, 2012). Nepravilno ukrepanje in neprepoznavna stanja pri samomorilno ogroženi osebi pomenijo, da je življenje osebe ogroženo (Aplenc, 2012). Reševalci morajo prepoznati resnost dejavnikov, ki osebo vodijo do samomorilnega vedenja, z namenom, da lahko ovrednotijo potencialno samomorilno ogroženost, pri čemer je pomembno, da poleg že obstoječih dejavnikov tveganja ugotovijo tudi prisotnost drugih potencialno ogrožajočih znakov (Marušič & Zorko, 2003). Tako naj ima ekipa nujne medicinske pomoči (v nadaljevanju ekipa NMP) teoretično in praktično

znanje s področja prepoznavne samomorilno ogroženih oseb, kajti le tako lahko učinkovito ukrepa. Stanje osebe, ki je samomorilno ogrožena, je lahko različno. Za nujno obravnavo na terenu so težavne predvsem agitirane in posledično tudi potencialno nasilne osebe. Pomembno je, da k taki osebi pravilno pristopamo, upoštevamo stanje in njeno pripravljenost za sodelovanje. Oseba se lahko strinja za zdravstveno obravnavo v psihiatrični ustanovi, lahko pa zdravljenje zavrača. V primerih, ko oseba ogroža sebe in okolico, se ekipa NMP na terenu lahko odloči tudi za hospitalizacijo proti volji osebe. Takšne intervencije so stresne tako za ekipo NMP kot tudi za osebo (Bregar & Možgan, 2012).

Mohor (n. d.) navaja, da je potrebno osebo z akutnim poslabšanjem duševne motnje na terenu obravnavati enakovredno in z enako stopnjo skrbnosti, kot ga ekipa NMP zagotavlja pri vseh drugih akutnih stanjih (npr. internistične bolezni ali akutne poškodbe). Celotna ekipa, torej zdravnik in dva zdravstvena tehnika, mora poskrbeti za osebo z duševno motnjo. Kadar pride do nasilja zaradi bolezni, je potrebno poskrbeti za varnost vseh udeležencev na intervenciji. Po odredbi zdravnika se lahko za pomoč zaprosi druge intervencijske službe (npr. gasilce, policijo), brez pomoči katerih je intervencija s samomorilno ogroženo osebo težje izvedljiva.

## 2 TEORETIČNI DEL

Osebo do samomorilnega razmišljanja in vedenja v različnih življenjskih obdobjih pripeljejo različni dejavniki. Lahko je to obup otroka (perfekcionizem staršev, izguba staršev ali depresivnost), v mladostniškem obdobju je samomor pogosto posledica iskanja smisla življenja, razočaranja v ljubezni, težav v šoli, osebnih konfliktov ali iskanja zaposlitve. V srednjih letih je lahko razlog obup, kot posledica zavedanja, da je polovica življenja že mimo (neuspehi, odvisnost od alkohola), obup starejšega človeka pa je po navadi povezan z osamljenostjo, neozdravljivo boleznijo in depresivnostjo (Valetič, 2009).

### 2.1 OPREDELITEV SAMOMORA

Valetič (2009) pravi, da je samomor zavestno dejanje, ki s svojim dokončanjem povzroči lastno smrt. V nekaterih primerih je lahko samomor prikrite narave, takrat ni mogoče popolnoma potrditi, da je bila smrt povzročena zaradi lastne namere. So tudi primeri spodletelih samomorov, kjer izvršitelj samomora dogodka ni dobro načrtoval oziroma ni imel želje, da bi umrl, temveč je le želel opozoriti okolico, da doživlja stisko in potrebuje pomoč. Roškar (2009) pravi, da samomorilno vedenje ne nastane v trenutku, temveč traja dalj časa. Najmilejša oblika samomorilnega vedenja so samomorilne misli, ki se lahko stopnjujejo do samomorilnega namena, načrta, končajo pa se s poskusom samomora.

#### 2.1.1 Dejavniki tveganja za razvoj samomorilnega vedenja

Razlogi za samomor so v različnih življenjskih obdobjih drugačni. Dejavniki se lahko delijo na specifične (različne duševne motnje in motnje), skupne (impulzivnost, agresija, slaba socialna mreža, zloraba in odvisnost od drog in alkohola, samomorilno vedenje v preteklosti, samomorilno vedenje v družini, neugodno okolje in slaba perspektiva prihodnosti) in splošne (starost, spol, ekonomska situacija, nizek socialni status, stopnja izobrazbe, stan) (Groleger, 2009). Najpogostejši dejavniki za razvoj samomorilnega vedenja pa so odvisnost od alkohola, starost (nad 45 let), jeza, nasilnost,

razdraženost, preteklo samomorilno vedenje, spol (moški), zavračanje pomoči, daljša depresivna epizoda, pretekla hospitalizacija na psihiatričnem oddelku, nedavna izguba partnerja, poslabšanje psihičnega zdravja, nezaposlenost ali upokojitev, samski stan (Turčin, 2009). Tudi pri mladih se samomorilno vedenje ne pojavi kar naenkrat, ampak gre prav tako za dolgotrajen proces, na katerega vplivajo številni dejavniki. Poleg že naštetih dejavnikov se v obdobju mladostništva pojavijo dodatni dejavniki, kot so npr. oblikovanje identitete, vpliv sovrstnikov in okolja, ipd. Za razvoj samomorilnega vedenja pri starejših ljudeh prav tako ni kriv le en dejavnik, temveč skupek večih. Največkrat je vzrok za samomorilno vedenje depresija, značilneje je s samomorom povezana prav v višji starosti. Samomorilno vedenje se lahko pojavi tudi zaradi stranskih učinkov zdravljenja depresije. V starosti ljudje pogosto naredijo samomor tudi zaradi duševnih motenj, kot sta shizofrenija ter anksioznost (Turčin, 2009).

Za uspešno preprečevanje in preventivo samomora morajo biti dejavniki tveganja vseh skupin prebivalstva dobro poznani. Znano je na primer, da pri mladostnikih prevladujejo razni psiho-socialni dejavniki (družinske razmere, uspeh v šoli, razvojne značilnosti v odrasčanju, socialni stiki, osebne značilnosti, itd.). Dejavniki se prepletajo in verjetno bi ob preučevanju dejavnikov lahko pri vsakem posamezniku navedli več različnih znanih pa tudi na splošno neznanih motivov za samomor, saj gre pri tem dejanju vedno za zelo intimno dejanje vsake osebe (Weaver & Wright, 2009).

### 2.1.2 Obremenjenost držav s samomori

Roškar (2009) navaja, da samomor predstavlja velik javnozdravstveni problem vsem državam, ki so z njim obremenjene v današnjem času. Misliti morajo na preventivo in preprečevanje samomorilnega vedenja. Za uspešno obravnavo samomorov morajo biti vanjo vključeni strokovnjaki iz različnih področij, med seboj morajo sodelovati različne institucije ter širša javnost, osebe, ki prihajajo v stik s samomorilno ogroženimi pa morajo biti ozaveščene.

V Združenih državah Amerike je samomor deseti na lestvici povzročiteljev smrti. Letno zaradi samomora v povprečju umre 42.773 Američanov, kar državni proračun stane 44

bilijonov dolarjev letno. V povprečju je torej v Ameriki 117 samomorov na dan. Skoraj 50 % Američanov si življenje vzame z orožjem (osebno pištolo). Največ samomorov v povprečju storijo belopolti moški srednjih let (moški 3,5 krat pogosteje umrejo zaradi samomora kot ženske). Kar 494.169 ljudi pa je zaradi poskusa samomora in poškodb, ki so jih pri tem utrpeli, končalo v bolnišnici. Poskusi samomorov so v Ameriki trikrat pogostejši pri ženskah kot pri moških (American Foundation for Suicide Prevention (AFSP), 2014). Po podatkih svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization (WHO) 2016) se največ samomorov zgodi v afriški državi Gvajana, kjer je samomorilni količnik 43,22 na 100.000 prebivalcev. V Evropi je država z najvišjim samomorilnim količnikom (18,10) Latvija. Slovenija ima po podatkih WHO v letu 2015 12,80 samomorov na 100.000 prebivalcev in se uvršča kar visoko na svetovno lestvico umrljivosti zaradi samomorov. Evropska država z najmanj samomori je Grčija (3,86), v svetovnem merilu pa je najmanj samomorov zabeleženih v Saudski Arabiji, kjer je samomorilni količnik le 0,42 na 100.000 prebivalcev.

## 2.2 SAMOMORI V SLOVENIJI

Že več desetletij Slovenija znatno prispeva k svetovni statistiki samomorov, saj se v povprečju vsako leto blizu šeststo oseb odloči, da želi končati svoje življenje. Samomorilni količnik, ki se je vzpenjal postopno (število umrlih zaradi samomora na 100.000 prebivalcev letno), je v zadnjih petnajstih letih bolj ali manj stabilen, oziroma je začel rahlo upadati (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2016).

### 2.2.1 Značilnosti samomorov v Sloveniji

Kljub temu, da se je stanje na področju samomorov v Sloveniji izboljšalo, Slovenija še vedno sodi med države, ki so zaradi samomora bolj ogrožene. Postopen upad beležimo od leta 1999 dalje pri obeh spolih in v vseh starostnih skupinah. Porast samomora je opazen pri ženskah med 20 in 39 leti starosti in med moškimi, ki so starejši od 70 let. Pojavnost samomora se razlikuje tudi glede na regije. Pri primerjavi regijskih količnikov med leti 1999-2014 je zabeleženo, da imajo višji samomorilni količnik vzhodnejše statistične regije. Leta 2015 je bil najvišji samomorilni količnik zabeležen v

koroški regiji, v primorsko-notranjski pa najnižji (NIJZ, 2016). Roškar (2016) navaja, da samomor v Sloveniji predstavlja ogromen javnozdravstveni problem, ker je zaradi samomora med leti 1999 - 2015 umrlo 11. 667 oseb, med katerimi je bilo 2. 544 žensk in 9. 133 moških. Slovenija zagotovo spada med bolj ogrožene države, kljub temu pa se vidi upad trenda samomorov, predvsem pri osebah, mlajših od 50 let. V Sloveniji je najpogostejša metoda samomora obešanje, ki pa ni stereotipna moška metoda kot drugod po svetu. Pogoste metode samomora so še utopitev, zastrupitev s trdimi in tekočimi snovmi, skok v globino in uporaba orožja (Jeriček Klanšček, 2009).

### 2.2.2 Statistični podatki

V letu 2015 je bil samomorilni količnik v Sloveniji (število umrlih na 100.000 prebivalcev zaradi samomora) 20,60 (za moške 32,57 in ženske 8,84). Razmerje med ženskimi in moškimi samomori je znašalo 3,6. Od leta 2014 do 2015 se je samomorilni količnik nekoliko zvišal, vendar je še vedno precej nižji od dolgoletnega povprečja med leti 1999 - 2014. Takrat je povprečje znašalo 24,04. Strokovnjaki s področja duševnega zdravja trdijo, da v Sloveniji vzdržujemo trend upada samomorilnega količnika (NIJZ, 2016).

## 2.3 URGENTNA PSIHIATRIČNA STANJA V PREDBOLNIŠNIČNEM OKOLJU

Vse duševne bolezni so specifične in opredeljene kot psihološka ali vedenjska sprememba, ki zahteva psihiatrično zdravstveno obravnavo. Ukrepanje je nujno pri boleznih (npr. delirij, samomorilno vedenje, zamračenost, psihoza z nenadzorovanimi doživljanji itd.), ki zaradi spreminjanja vedenja, mišljenja in občutkov ogrožajo življenje oseb in ljudi v njihovi bližini (Danieli, 2008). Klančar (2008) pravi, da duševno bolezen opredeljuje širok pomen in je pojem, ki se uporablja za diagnoze fizioloških motenj možganov, ki poškodujejo sposobnost občutenja, razmišljanja in vzpostavljanja odnosov med osebo in okolico. Če se duševne bolezni ne zdravijo, se pri osebi sposobnost obvladovanja vsakodnevnih življenjskih situacij zmanjša. Po Klančarjevih (2008) raziskavah je ocenjeno, da več kot dvajset odstotkov ljudi boleha

za eno od duševnih bolezni in se ta pojavi v vsaki peti družini, kar pomeni, da so duševne bolezni pogostejše kot rak, srčno žilne bolezni ali sladkorna bolezen. Kores-Plesničar (2011) navaja, da duševne motnje natančno formalizira in klasificira v kategorične sheme samo psihiatrija. V klinični praksi se trenutno uporabljata dva sistema (Mednarodna klasifikacija bolezni – 10 (MKB-10) in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder IV (DSMV IV)).

Tudi reševalci se srečujejo z osebami, ki imajo duševne motnje. Intervencije so lahko terenske, v domačem okolju ali v ambulanti NMP. Kokalj in sodelavci (2015) navajajo, da mora ekipa NMP poznati osnove zdravstvene obravnave in zakon s področja duševnega zdravja. Zadrege na terenu pri strokovni obravnavi osebe z duševno motnjo, se pojavijo takrat, ko je oseba agresivna in se agresivno vede do sebe ali drugih. Zadrege so etične, pravne in strokovne. Če se agresivno vedenje osebe ne umiri, je potrebna uporaba prisilnih ukrepov, s katerimi se zaščiti tako osebo kot okolico. Da reševalci uspešno izvedejo intervencijo, kjer je oseba nasilna, morajo imeti veliko teoretičnega in praktičnega znanja, zlasti na področju medosebnega odnosa in komuniciranja. Kot pravi Prestor (2013), je potrebno komunikacijo pri obravnavi osebe v predbolnišničnem okolju prilagoditi, saj ekipa NMP velikokrat posega v zasebno območje osebe, najpogosteje njen dom. Komuniciranje je izredno težko in naporno zaradi zmanjšane prištevnosti obravnavane osebe. Predbolnišnična nujna medicinska pomoč se izvaja na primarni ravni zdravstvene nege, za razliko od bolnišnične nujne medicinske pomoči, ki se izvaja na sekundarni in terciarni dejavnosti. Mrežo izvajalcev predbolnišnične nujne medicinske pomoči sestavljajo predbolnišnične ekipe NMP. Z uvedbo prve ekipe NMP v ZD Celje leta 1986 pa se je začel organiziran razvoj predbolnišnične nujne medicinske pomoči (Prestor, 2006).

Ekipa NMP se v predbolnišničnem okolju najpogosteje sreča z nasilno osebo (Čander & Vrtič, 2009). Tudi Hagen (2013) navaja, da se je že več kot 90 % zaposlenih v NMP srečalo z nasilno osebo in bilo nasilju tudi izpostavljenih. Ekipa NMP je morala v predbolnišničnem okolju pri nasilnih osebah, ki so ogrožale sebe in druge, največkrat uporabiti fizično oviranje (Marx, 2003). Uporaba prisilnih ukrepov v predbolnišničnem okolju pri nasilnih osebah je povezana tudi z odnosom zaposlenih do uporabe ukrepov.



Happel in Koehn (2010) navajata, da so uporabi prisilnih ukrepov bolj naklonjeni zdravstveni delavci z nižjo izobrazbo, zaposleni moškega spola in tisti, ki imajo manj izkušenj pri delu z nasilnimi osebami.

### 2.3.1 Nasilje in agresija

Primarno in urgentno psihiatrično stanje je nasilnost. Agresivnost etimološko terminiramo kot intrapsihični konflikt, ki se izraža s fizičnimi napadi ali zanj socialno razumljivim signaliziranjem. Agresija je čustvo, ki mu je potrebno nameniti dovolj pozornosti, predvsem zaradi potencialnega destruktivnega vedenja osebe, usmerjenega navzven ali proti samemu sebi. Razliko med agresijo in nasiljem opredeljujejo nekateri avtorji, da gre pri nasilju za izredno škodljiva dejanja, uperjena proti drugemu živemu bitju (Anderson & Bushman, 2002). V kontekstu nasilnosti so predvsem izpostavljene skupine: samski stan, starost, moški spol, socialna izoliranost, zloraba alkohola in predhodni poskusi samomora. Psihiatrične motnje so tiste, ki najpogosteje vodijo k izbruhu agresije in nasilja, kot tudi zastrupitve, možganske poškodbe in metabolične motnje (Kores-Plesničar, 2011). Kadar reševalci v predbolnišničnem okolju naletijo na agresivno osebo, morajo paziti na primerno oskrbo in jo prevažati na način, da ne poškodujejo sebe ali zdravstvenih delavcev in da se ne povzroči druga škoda (npr. na medicinski opremi ali vozilu). Za umiritev osebe se lahko uporabijo različni prisilni ukrepi, s katerimi osebo imobiliziramo, da ne more prosto gibati rok in nog. Osebo se lahko pričvrsti na nosila v ležečem položaju. Ob tem reševalec spremlja osebo in ukrepa ob raznih zapletih. Prisilni ukrepi oviranja, ki jih reševalci lahko uporabijo pri agresivni osebi, so prisilni jopič, vezanje osebe s pasovi na zajemalna vozila, vezanje osebe s pasovi na kardiološki stol, oviranje osebe s policijskimi lisicami ali vezicami in oviranje osebe s standardnimi pasovi za oviranje z magnetnim sistemom (Turk, et al., 2008).

### 2.3.2 Psihotična stanja

Psihotično stanje je urgentno stanje, ki predstavlja nevarnost tako za osebo kot za njegovo okolico. Za psihotično stanje so značilni nejasno mišljenje in nerazumevanje realnosti, nenadzorovana čustva, neefektivno sporazumevanje in čudno obnašanje.

Psihотиčno stanje se lahko pojavi v obsegu mnogih psihiatričnih bolezni, vzrok za to stanje pa je lahko tudi organski. Bolezni, ki se lahko izrazijo s sliko psihoze, so bipolarna motnja, psihoza v sklopu depresije, shizoafektivna motnja in shizofrenija ali shizofreniji podobna motnja. Med organske vzroke za pojav psihoze uvrščamo zlorabo alkohola, uporabo amfetaminov in drugih stimulantov, halucinogenov ali kanabisa, okužbe osrednjega živčevja, epilepsijo temporalnega režnja, poškodbo možganov, možgansko-žilno bolezen, Huntingtonovo bolezen, itd. (Turk & Kersnik, 2008). Oseba, ki trpi za psihotičnim stanjem, je navadno razburjena in močno sumničava, lahko sovražna. Velikokrat je neorientirana in zmedena. Ne vidi lastnega stanja, zdravljenje največkrat odklanja. Ob izbruhu psihoze je telesni pregled osebe otežen ali zelo moten. Ekipa NMP mora v reševalnem vozilu spremljati vitalne znake in dosledno nadzorovati osebo. Osebi merijo pulz, krvni tlak, telesno temperaturo, SpO2, monitorirajo EKG in naredijo 12-kanalni EKG posnetek. Osebi je potrebno določiti vrednost glukoze v krvi, trigliceridov in holesterola, folata, fosfata, kalcija in vitamina B12. Osebi morajo v reševalnem vozilu odvzeti kri za hemogram in določiti hitrost sedimentacije. Osebo ekipa NMP poskuša umiriti, lahko z uporabo zdravil ali ovirnic. Da se osebo v psihotičnem stanju popolnoma oskrbi, je potrebno veliko truda, potrpežljivosti in znanja. Člani ekipe NMP morajo ostati mirni, prijazni in osebo obravnavati brez naglice (Turk & Kersnik, 2008).

### 2.3.3 Depresija

Depresijo uvrščamo pod duševno motnjo. Pri depresiji prevladujejo motnje čustvovanja, ki pa so povezane z različnimi fizičnimi in psihičnimi simptomi. Za depresijo so značilni potrtost ali depresivno razpoloženje, izguba veselja in interesov, motnje spomina in zbranosti, anhedonija, negativne misli, negativna samopodoba in samomorilne misli. Depresijo spremljajo telesni simptomi, kot so pomanjkanje energije, utrujenost, motnje spanja (osebe težko zaspijo ali se zgodaj zbujajo), sprememba apetita in teže, prebavne motnje, motnje spolnosti, hipohondrična naravnost in psihomotorična upočasnenost (Kolander-Bizjak, 2003). V reševalnem vozilu za diagnosticiranje ni veliko možnosti. Pomembno je, da ekipa NMP spremlja vitalne znake in pozorno spremlja osebo, ki je nevarna sebi ali drugim. Pri depresivnih osebah mora ekipa NMP vprašanja o

samomorilnih mislih postavljati bolj podrobno, vprašanja morajo biti preprosta. Takšna vprašanja so bistvena za preprečevanja samomora in ne zvišujejo tveganja za ponoven nastanek (Sadock & Sadock, 2007).

#### 2.3.4 Akutni alkoholni opoj in zastrupitev z alkoholom

Opito osebo prepoznamo po naslednjih simptomih: motnje senzorične in koordinacije, neobičajno vedenje, blage motnje spomina. Ob simptomih se navadno pojavijo še diplopija, bruhanje, letargija in druge telesne motnje. Ob vsem naštetem lahko sklepamo, da je oseba zastrupljena z alkoholom. Ob hujših zastrupitvah postane oseba komatozna, pride do depresije dihalnega centra, hipoventilacije, aspiracije, hipotermije, zastoja dihanja in celo smrti (Turk & Kersnik, 2008). Reševalci morajo alkoholizirani osebi zagotoviti zadostno oksigenacijo (ob motnjah zavesti in nevarnosti aspiracije je potrebno izvesti endotrahealno intubacijo), ustrezen krvni tlak in zadostno hidracijo. Nadzorovati morajo slabost in bruhanje. Vzdrževati je potrebno normalno telesno temperaturo ter popraviti acidno-bazno in elektrolitsko neravnovesje. V glukozno infuzijo je potrebno dodati najmanj 100 mg tiamina (vitamin B1). Oseba mora med prevozom v bolnišnico ležati na boku, da se ob morebitnem bruhanju prepreči nevarnost aspiracije. Če je oseba nemirna, je potrebno poskrbeti, da se ne poškoduje (Turk & Kersnik, 2008).

#### 2.3.5 Demenca

Demenco opredeljujemo kot kronično napredujočo možgansko bolezen, ki se največkrat kaže z upadom višjih možganskih funkcij (upad intelekta, spremembe v obnašanju in osebnosti). Opredeljena je tudi kot sindrom, zaradi katerega propadajo celice v možganih. Pojavi se lahko v katerem koli starostnem obdobju, vendar najpogosteje pri višji starosti. Alzheimerjeva bolezen je najpogostejša oblika demence, pogosta pa je tudi vaskularna demenca. Stanja demence, ki se urgentno obravnavajo, so samomorilna ogroženost, motnje hranjenja in druge telesne težave, motnje zavesti, vznemirjenost, psihotični simptomi in agresija (Turk & Kersnik, 2008).

### 2.3.6 Anksiozne motnje in panični napadi

Klančar (2008) pravi, da je značilno za generalizirano anksiozno stanje (GAD) pretirana, trajna in nekontrolirana zaskrbljenost pri povsem vsakdanjih dogodkih in situacijah. Simptomi, ki spremljajo anksioznost, so utrujenost, nemir, razdražljivost, bolečina v mišicah, težave s koncentracijo, nespečnost in tenzijski glavoboli. Osebe, ki imajo panične motnje, doživljajo napade hudega strahu, ob tem pa imajo še simptome, ko so znojenje, palpitacije, mravljinčenje, drhtenje, občutek dušenja in težkega dihanja, bolečina v prsih, suha usta, vrtoglavica, strah pred smrtjo, strah pred izgubo razuma, itd. V reševalnem vozilu in na hišnem obisku reševalci nimajo dosti možnosti za diagnostiko. Posnamejo lahko 12-kanalni EKG, izmerijo krvni sladkor in krvni tlak. Prepoznati morajo stanja, ki ogrožajo življenje oseb, in jih varno pripeljati v bolnišnico.

### 2.3.7 Delirij

Delirij povzroča motnje zavesti, orientacije, mišljenja, spomina, vedenja, spanja in čustvovanja. Dejavniki, ki sprožijo delirij, so lahko starost, ponavadi se pojavi pri hudo bolnih in splošno oslabeledih, boleznih možganov (anksioznost, depresija, demenca), sprememba okolja, bolečina, okužbe, srčno-žilne bolezni, pomanjkanje spanja, okužbe s posledično dehidracijo, slabovidnost in naglušnost, alkohol, itd. Ekipa NMP v reševalnem vozilu aktivno spremlja osebo ter njene vitalne znake. Osebo v deliriju se prevaža tako, da zaradi agresivnosti in agitiranosti ne poškoduje sebe ali drugih. Za umirjanje osebe se lahko uporabi zdravilo ali prisilne ukrepe (Mir & Kersnik, 2008).

### 2.3.1 Agitiranost

Agitiranost je motnja, za katero je značilen motorični nemir. Pri osebah je značilno nenaravno gibanje, kriljenje z rokami, pačenje, ipd. Pogosto je prisotna tudi huda tesnoba (npr. agitirana depresija) (Medicinski slovar, n.d.) Za diagnozo agitiranosti mora biti pri osebi prisotnih šest znakov: zožena zavest, zmanjšana ali povečana psihomotorična aktivnost, motnja percepcije, motnja spanja, motnja orientacije v času, motnje spomina (kratkoročnega) in motnje čustvovanja. Reševalci morajo čimprej

ugotoviti agitiranost pri osebi in jo odpeljati na zdravljenje. Indikacije za sedacijo so za potrebe pomembnih preiskav in pri zelo agitirani in vznemirjeni osebi, da se preprečijo poškodbe soljudi ali samopoškodbe. Agitirano osebo je potrebno prevažati v bolnišnico na način, da ne poškoduje sebe, ekipe NMP ali opreme. Za umiritev osebe se običajno uporabi ovirnico, s katero se osebo imobilizira, da ne more uporabljati rok in nog. Osebo se z ovirnico običajno pričvrsti v ležeči položaj. Če je oseba preveč vznemirjena in je ekipa NMP ne more umiriti, lahko na pomoč pokličejo asistenco policije, za katero zaprosi zdravnik (Turk, et al., 2008).

### 2.3.2 Samomorilni poskus

Poskus samomora opredeljujemo kot najnevarnejšo obliko samoagresivnega ukrepanja. Da samomor ni uspel in se končal s smrtjo, so »krive« le naključne okoliščine. Velikokrat je poskus samomora tudi klic na pomoč (Turk & Kersnik, 2008). Samomorilni poskus loči med prekinjenim samomorilnim poskusom (oseba si premisli in sama prekine samomorilno dejanje), preprečenim samomorilnim poskusom (samomor preprečijo drugi) in neuspehim samomorilnim poskusom (oseba ne uspe izvršiti samomora) (Turčin, 2009). Ekipa NMP mora vsak poskus samomora obravnavati edinstveno in z drugačnimi prijemi. Osebi je najprej potrebno nuditi prvo pomoč glede na način samopoškodovanja. Ko je izven življenjske nevarnosti, ne sme ostati sama. Osebi mora ekipa NMP prisluhniti brez želje po takojšnjem reševanju težav. Varnost osebe po poskusu samomora se zagotovi s hospitalizacijo. Pri osebi je potrebno oceniti telesno in psihično stanje. Izrazite samomorilne tendence lahko zelo zapletejo telesno oskrbo. Paziti je potrebno na ustrezen terapevtski odnos. Nepravilen odnos do osebe po poskusu samomora lahko zviša tveganje za ponovni poskus samomora. Osebi je potrebno nuditi čustveno podporo in razumevajoč odnos (Glezer & Brendel, 2010).

## 2.4 URGENTNO TERAPEVTSKO UKREPANJE IN ZDRAVLJENJE PRI OSEBI, KI JE SAMOMORILNO OGROŽENA

Strokovnjaki na področju zdravstvene nege se vedno pogosteje srečujejo s samomorilno ogroženimi osebami. Vsi izvajalci zdravstvene nege na področju primarnega in sekundarnega zdravstvenega varstva sodelujejo pri preprečevanju samomorilnega vedenja pri osebah (Bregar & Možgan, 2012).

### 2.4.1 Pristop k samomorilno ogroženi osebi na terenu

Zdravnik splošne medicine in dva zdravstvena tehnika sestavljajo ekipo NMP, ki mora biti na intervencijah skladna in dobro uigrana (Prestor, 2006). Obravnava in evalvacija osebe, ki je samomorilno ogrožena, je za ekipo NMP večkrat velik problem, saj se na terenu običajno k osebi pristopa brez primernih pogojev, niti ni časa za pogovor, na podlagi katerega naj bi zdravnik presodil stopnjo ogroženosti osebe. Zaradi edinstvenosti dogodka je pri vsakem poskusu samomora potrebno uporabiti drugačne prijeme. Osebi, ki je skušala napraviti samomor, najprej nudimo prvo pomoč, ki jo prilagodimo glede na način samopoškodovanja. Ko je oseba izven življenjske ogroženosti, je ključnega pomena, da ne ostane sama. Vedno poskušamo najti način, kako bi se oseba lažje spopadla s svojimi težavami. Najkoristneje, kar lahko ekipa NMP stori, je, da osebo mirno posluša, brez želje po takojšnjem reševanju težav (Turk & Kersnik, 2008). Ekipa NMP si pri komunikaciji z osebo pomaga s teorijo Hildegard Peplau, ki govori o interakcijskem modelu medosebnega odnosa (Prestor, et al., 2010). Pri osebah, ki so intenzivno samomorilno ogrožene, ali tistih, ki so samomor poskušale storiti, je na prvo mesto potrebno postaviti in zagotoviti varnost, najpogosteje s hospitalizacijo (Turk & Kersnik, 2008). Po poskusu samomora pa je pri osebi potrebno istočasno oceniti telesno in psihično stanje. Če se spregleda akutno psihotičnost ali izrazite samomorilne tendence, se lahko postopek telesne oskrbe hudo zaplete. Skozi celoten proces obravnave je potrebno vzdrževati kakovosten medosebni odnos. Oseba po poskusu samomora rabi čustveno podporo, sprejemanje in odnos brez obsojanja (Žmitek, 2005). Ko ekipa NMP oskrbi in stabilizira poškodovančevo somatsko stanje, ga začne pripravljati na prevoz v bolnišnico. Pomembno je, da negujejo in poglobljajo

medsebojni odnos, ki so ga vzpostavili ob prihodu na mesto dogajanja. Ogroženo osebo se naravnost vpraša, če še misli na samomor. Običajno je za osebo tovrsten pogovor dobrodošel, saj se lahko odpre in z nekom pogovori. Pri obravnavi osebe, ki je samomorilno ogrožena, so pomembne veččine medosebnega odnosa (Kregar, 2012). Pri pogovoru z osebo, ki je samomorilno ogrožena, se izogibamo trditvam »vse bo vreden« ali »ne skrbite«, ker kažejo na pomanjkanje razumevanja težav (Prestor, 2006).

#### 2.4.2 Prevoz samomorilno ogrožene osebe v bolnišnico

Osebo, ki je samomorilno ogrožena, je potrebno obzirno pripraviti na prevoz v bolnišnico. Ne sme občutiti, da jo s hospitalizacijo silimo v nekaj, kar bi ji škodilo. Zato si ekipa NMP vzame več časa in začne osebo pripravljati, preden jo dokončno oskrbijo. Osebi, ki je samomorilno ogrožena, se ne sme nikoli lagati. Povedati ji morajo, v katero bolnišnico jo bodo peljali in čemu je to potrebno (Prestor, et al., 2010). Med prevozom mora biti oseba, ki je samomorilno ogrožena, ves čas nadzorovana, da se opazijo morebitne spremembe stanja. Skuša se ji povrniti zaupanje, če se je to zaradi prevoza v bolnišnico proti njeni volji izgubilo. Pri osebi, ki prevozu v bolnišnico ne nasprotuje, se skuša zaupanje poglobiti. Ker običajno oseba, ki ima veliko željo po smrti, zavrača nadaljnjo zdravstveno obravnavo v bolnišnici, je realizacija neprostoovoljnega prevoza ena izmed etično najtežjih intervencij. Ohraniti se mora spoštljiv in korekten odnos kljub temu, da smo morda popolnoma izgubili zaupanje osebe. Ogroženo osebo skušajo s pogovorom prepričati, da se ne upira prevozu v bolnišnico. Ekipa NMP lahko uporabi silo po naročilu zdravnika šele takrat, ko so izkoristili vse metode prepričevanja. Pri tem uporabljajo najnižjo stopnjo prisile, ki je potrebna za dosego cilja. S silo ne sme biti ogroženo zdravje osebe. Pripomočke, ki jih lahko uporabijo za imobilizacijo nemirne in agresivne osebe, odredi zdravnik. Med prevozom naj bo okolje varno in neizzivalno. Če je ogrožena oseba v prisotnosti svojcev nemirna in se zapre vase, spremstvo svojcev med prevozom ni priporočljivo oziroma zaželeno. Dovoljeni so predmeti, na katere je močno navezana in jo pomirjajo (Prestor, 2006).

#### 2.4.3 Hospitalizacija proti volji samomorilno ogrožene osebe

Če je le možno, se hospitalizacijo izvede brez prisile, tudi hospitalizacijo proti volji osebe, ker je dogajanje na intervenciji z uporabo fizične prisile stresno tako za reševalce kot ogroženo osebo. Ob uporabi prisilnih ukrepov so ti čim bolj obzirni in se stopnjujejo glede na stanje osebe. Ekipa NMP poskuša osebo najprej umiriti s pogovorom, jo prepričati, da bi se strinjala s hospitalizacijo, in pridobiti njeno zaupanje. Zdravnik, ki je odgovoren nosilec zdravstvene obravnave v predbolnišničnem okolju, odloči, ali je hospitalizacija potrebna - ali bo izvedena hospitalizacija proti volji osebe oziroma ali bo na intervenciji potrebna asistenca policije (Aplenc, 2012). Po Zakonu o duševnem zdravju (2008) lahko zdravnik uporabi tudi posebne varovalne ukrepe (Žmitek, 2005). Skrajni ukrep za obvladovanje vedenja osebe je uporaba pasov za vezanje osebe (Glezer & Brendel, 2010). Pogosto velja, da samomorilno ogrožene osebe naj ne bi bile nasilne do zdravstvenega osebja. Kljub temu je pri osebi možen pojav agresije, zato mora ekipa NMP vedno najprej poskrbeti za svojo varnost (Prestor, 2006). Pri oviranju osebe s pomočjo prisilnih ukrepov ekipa NMP krši načelo avtonomije, ob tem pa upošteva načelo dobronamernosti, neškodljivosti in osebo obravnava varno in pravično. Še vedno je eno od etično in pravno problematičnih področij prav fizično oviranje, zato je vsako oviranje nujno izvesti z zakonodajo in pravili, ki jih podaja stroka (Naka, 2012).

#### 2.4.4 Bolezenska psihiatrična stanja, ki najpogosteje zahtevajo hospitalizacijo

Pod nujna psihiatrična stanja uvrščamo vsa stanja, ki povzročajo osebi motnje vedenja. Vzroki za motnje so lahko številni, tudi bolezni in duševne motnje, ki se morajo takoj obravnavati in zdraviti. Ko se obravnava psihiatrična stanja, je cilj ob čim manjši uporabi restriktivnih ukrepov vzpostaviti terapevtske odnose z osebo in na podlagi tega načrtovati ustrezno zdravljenje (Avguštin Avčin, 2012). Szarpak in drugi (2013) navajajo, da je glavni vzrok za nasilno vedenje pri osebi njeno psihotično doživljanje. Reševalci nimajo strokovne podlage za obravnavo psihotičnih doživljanj, zato je potrebno reševalce dodatno izobraževati, še posebej tiste, ki se pri delu pogosto srečujejo z osebami, ki imajo duševno motnjo.



#### 2.4.5 Vloga policije pri izvajanju neprostovoljne privedbe osebe v psihiatrično bolnišnico

Za umirjanje osebe, ki je agresivna, agitirana in nepredvidljiva, potrebuje pa zdravniško pomoč, lahko posreduje tudi policija. Zdravnik lahko zaprosi za asistenco policijo, ki posreduje pri intervenciji. Policija lahko pomaga pri umiritvi osebe le, če je ta izven reševalnega vozila. Policisti lahko nudijo spremstvo reševalnemu vozilu s policijskim vozilom (Turk, et al., 2008). Kot navaja Danieli (2008), pri obravnavi osebe z nasilnim vedenjem policija nudi asistenco. Aplenc (2012) navaja, da že prisotnost policije vpliva na osebo v smislu, da je manj agresivna in hitreje privoli v hospitalizacijo.

### 3 EMPIRIČNI DEL

Problem pri intervencijah z osebo, ki je samomorilno ogrožena nastane, če ekipa NMP nima izkušenj z osebo, ki je samomorilno ogrožena in se pri zdravstveni obravnavi poslužuje pomanjkljivega pristopa za hospitalizacijo. Zato se bomo v nadaljevanju diplomskega dela osredotočili na obravnavo ekipe NMP z osebo, ki je samomorilno ogrožena.

#### 3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je na podlagi dobljenih rezultatov predstaviti pristop ekipe NMP do osebe s samomorilno ogroženostjo in po primerjavi s teoretičnimi spoznanji izdelati nekatera priporočila za strokovno in učinkovito zdravstveno obravnavo osebe, ki je samomorilno ogrožena.

Cilji teoretičnega in raziskovalnega dela diplome so naslednji:

- predstaviti in opisati samomorilno vedenje in samomor,
- predstaviti urgentna stanja v psihiatriji, s katerimi se reševalci srečujejo na terenu,
- predstaviti vlogo reševalca in sestavo ekipe NMP na intervenciji z osebo, ki je samomorilno ogrožena,
- ugotoviti občutke ekipe NMP pri srečanju z intervencijo z osebo, ki je samomorilno ogrožen,
- ugotoviti oziroma opisati intervencije reševalcev pri osebah, ki so samomorilno ogrožene,
- ugotoviti znanje NMP glede obravnave oseb, ki je samomorilno ogrožene,
- ugotoviti različne tehnike obvladovanja in zagotavljanja varnosti pri osebah, ki so samomorilno ogrožene in lahko tudi nasilne,
- ugotoviti občutek varnosti ekipe NMP na samomorilni intervenciji,
- ugotoviti odnos ekipe NMP do samomorilnih intervencij glede na spol in izobrazbo.

### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Kako pogoste so intervencije s samomorilno ogroženo osebo?
2. Kateri so najpogostejši načini poskusa samomora, s katerimi se reševalci srečujejo na terenu?
3. Kdo sestavlja ekipo NMP pri intervenciji z osebo, ki je samomorilno ogrožena?
4. Kakšen je občutek varnosti ekipe NMP pri obravnavi osebe, ki je samomorilno ogrožena?
5. Katere so intervencije reševalca pri osebi, ki je samomorilno ogrožena, glede na delovno dobo?
6. Kakšno je znanje ekipe NMP glede obravnave osebe, ki je samomorilno ogrožena?
7. Kakšen je odnos ekipe NMP do samomorilnih intervencij glede na delovno dobo, spol in izobrazbo?
8. Kako pogosta je uporaba prisilnih ukrepov glede na spol reševalca?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi empiričnega neeksperimentalnega kvantitativnega raziskovanja.

#### 3.3.1 Metode in tehnike raziskovanja

Pregled literature je bil izveden z deskriptivno metodo s študijem domače in tuje strokovne literature, strokovnih člankov in podatkov, ki se nahajajo na svetovnem spletu. Strokovno literaturo smo iskali v različnih domačih in tujih podatkovnih bazah, in sicer: ProQuest, CINAHL, SpringerLink, COBISS idr. Iskanje tuje literature smo omejili na leta med 2006 in 2016 ter na zahtevek, da je celotno besedilo v angleškem jeziku. Kot ključne besede za iskanje literature smo uporabili naslednje besede in besedne zveze: »suicide«, »suicide attempt«, »suicide prehospital environment«, »nursing care suicide«. Literaturo slovenskih avtorjev pa smo iskali v virtualni knjižnici Slovenije – COBISS. Pri tem smo uporabili naslednje ključne besede: »samomor«,

»samomor predbolnišnično okolje«, »reševalci samomorilni pacienti«, »zdravstvena nega samomor«, »nujna medicinska pomoč«.

V empiričnem delu smo podatke zbrali s pomočjo strukturiranega vprašalnika, ki je bil razdeljen med ekipe NMP v več zdravstvenih domovih.

### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Merski instrument v diplomskem delu predstavlja strukturiran vprašalnik. Vprašalnik je bil anonimen in sestavljen na podlagi pregledane literature (Žmitek, 2005; Prestor, 2006; Weaver & Wright, 2009; Groleger, 2009; Aplenc, 2012; Bregar, 2012; Glezer & Brendel, 2010). Vprašalnik je vseboval 27 vprašanj, ki so bila odprtega in zaprtega tipa, z več ponujenimi odgovori. Prvi sklop vprašalnika je zajemal demografske podatke, nadaljevanje vprašalnika pa so sestavljala vprašanja, s katerimi smo ugotavljali občutke ekipe NMP pri srečanju z intervencijo z osebo, ki je samomorilno ogrožena, ugotavljali znanje NMP glede obravnave osebe, ki je samomorilno ogrožena, ugotavljali tehnike obvladovanja in zagotavljanja varnosti pri osebah, ki so samomorilno ogrožene in lahko tudi nasilne, ugotavljali občutek varnosti ekipe NMP na samomorilni intervenciji. Del vprašanj je bil označen in namenjen le članom ekipe NMP, ki so se že srečali z intervencijo samomorilnega poskusa. Za odgovore na vprašanja smo uporabili Likertove lestvice, s katerimi so anketirani vrednotili posamezne trditve (ocena 1 je pomenila, da se z navedenimi trditvami sploh ne strinjajo, 2 je pomenila, da se s trditvijo ne strinjajo, 3 je pomenila, da se s trditvijo delno strinjajo, delno ne strinjajo, 4 je pomenila, da se s trditvijo strinjajo, ocena 5 pa je pomenila popolno strinjanje s trditvijo). Zanesljivost vprašalnika smo testirali s pomočjo koeficienta Cronbach alfa, vrednosti koeficienta za posamezne lestvice so:

- Pri 8. vprašanju nas je zanimal postopek pri samomorilni intervenciji. Anketirani so obkroževali možnosti pri podanih devetih trditvah. Zanesljivost lahko potrdimo s Cronbachovim koeficientom Alpha 0,901.

- Z 10. vprašanjem smo ugotavljali vzrok samomora po mnenju anketirancev. Anketirani so obkrožali vrednosti pri šestih trditvah. Koeficient Cronbach Alpha znaša 0,817.
- Pri 11. vprašanju so nas zanimali občutki anketiranih ob srečanju s samomorilno ogroženo osebo/posameznikom. Anketirani so obkroževali možnosti pri podanih petih trditvah. Cronbachov koeficient Alpha znaša 0,916. Pri 12. vprašanju smo ugotavljali obravnavo samomorilne osebe na terenu. Anketirani so imeli podanih šestnajst trditev. Vrednost Cronbach Alphe znaša 0,928.
- 17. vprašanje je bilo sestavljeno iz trditev, s katerimi smo poizvedovali, katere načine oviranja anketirani najpogosteje uporabijo na samomorilnih intervencijah. Podanih je bilo šest trditev. Cronbachov koeficient Alpha znaša 0,909.
- 18. vprašanje je vsebovalo trditve, s katerimi smo ugotavljali uporabo prisilnih ukrepov pri osebah, ki so samomorilno ogrožene. Trditve so bile tri. Vrednost Cronbachovega koeficienta Alpha znaša 0,897.
- Z 19. vprašanjem smo poizvedovali o znanju ekipe NMP pri obravnavi osebe, ki je samomorilno ogrožena. Podanih je bilo sedem trditev. Zanesljivost merjenja zopet potrdimo s Cronbachovim koeficientom Alpha 0,921.

### 3.3.3 Opis vzorca

Vprašalnik smo razdelili med reševalce oziroma med ekipe nujne medicinske pomoči, zaposlene na reševalnih postajah Kranj, Murska Sobota, Domžale, Škofja Loka, Tržič, Kamnik, Bled in Bohinj. Vprašalnik so izpolnjevali vsi zaposleni v NMP. Vzorec je bil nenaključen in priročen. Vprašalnik smo razdelili med 200 članov nujne medicinske pomoči, vrnjenih smo dobili 151, kar predstavlja 75,5 % realizacijo vzorca.

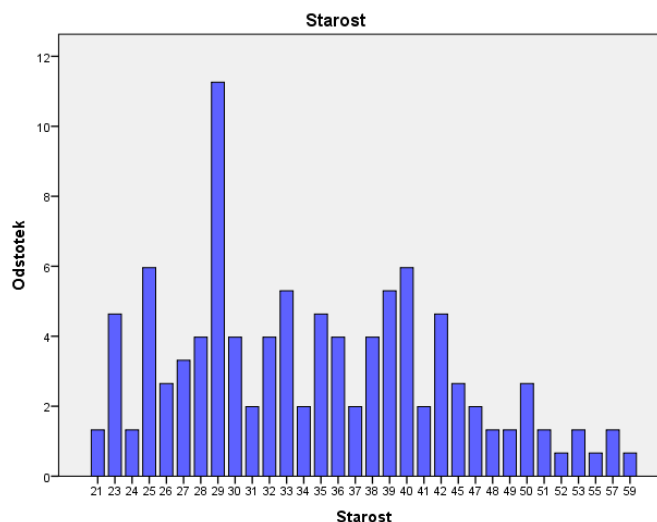
Tabela 1 prikazuje sociodemografske podatke anketiranih. Kot je razvidno iz tabele 1, je bilo anketiranih 70,9 % moških in 28,5 % žensk. V povprečju jih ima 37,7 % srednješolsko izobrazbo, 43 % višješolsko ali visokošolsko in 19,2 % univerzitetno izobrazbo ali več.

**Tabela 1: Demografski podatki anketiranih**

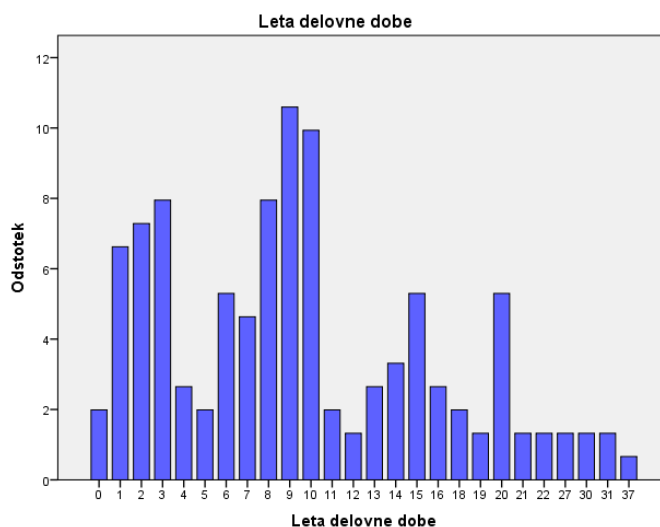
		n	%	Kumulativni %
Spol	Moški	107	70,9	71,3
	Ženski	43	28,5	100,0
	Skupaj	150	99,3	
Izobrazba	Srednješolska izobrazba	57	37,7	37,7
	Višješolska ali visokošolska izobrazba	65	43,0	80,8
	Univerzitetna izobrazba ali več	29	19,2	100,0
	Skupaj	151	100,0	

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotni delež

Slika 1 prikazuje starost anketiranih. Povprečna starost je 35,09 let s standardnim odklonom 8,606. Visok standardni odklon kaže na velik razpon med leti anketiranih.

**Slika 1: Starost anketirancev**

Slika 2 prikazuje delovno dobo anketiranih. Povprečna delovna doba je 9,93 let s standardnim odklonom 7,312 let. Visok standardni odklon zopet prikazuje razpon med delovno dobo anketiranih, kar je tudi razvidno iz slike 2.



**Slika 2: Delovna doba anketiranih**

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je potekala od aprila do avgusta 2016 po odobritvi dispozicije in pridobljenem soglasju na reševalnih postajah Kranj, Murska Sobota, Domžale, Škofja Loka, Tržič, Kamnik, Bled in Bohinj. Vprašalnik smo razdelili med reševalce. Vprašalniku so bila priložena vsa potrebna navodila za reševanje. Podatke smo obdelali s statističnim programom SPSS 22.0. V raziskavi smo uporabili izračune frekvenc, odstotkov, standardnih odklonov in povprečnih vrednosti. Za analizo razlik smo uporabili t-test in ANOVO (p-vrednost statistične značilnosti  $p < 0,05$ ), za analizo povezanosti pa Pearsonov korelacijski koeficient ( $p < 0,05$ ). Dobljene rezultate smo prikazali s pomočjo grafov in tabel.

## 3.4 REZULTATI

V raziskovalnem delu so najprej predstavljeni statistični rezultati, s katerimi lahko odgovorimo na predhodno zastavljena raziskovalna vprašanja, nato pa so predstavljeni še vsi ostali dobljeni rezultati.

Raziskovalno vprašanje 1: *Kako pogoste so intervencije s samomorilno ogroženo osebo?*

Tabela 2 prikazuje pogostost intervencij s samomorilno ogroženo osebo. V povprečju se je 95,4 % odstotkov anketiranih že srečalo s samomorilno ogroženo osebo na terenu, 4,6 % odstotkov anketiranih s tovrstno intervencijo še nima izkušenj. Skoraj polovica anketiranih (41,1 %) je na intervenciji s samomorilno ogroženo osebo vsaj enkrat mesečno, četrtnina (23,8 %) pa jih je na intervenciji nekajkrat letno.

**Tabela 2: Pogostost intervencij s samomorilno ogroženo osebo**

	n	%	Kumulativni %
1x na teden	3	2,0	2,1
1x na mesec	62	41,1	44,5
1x na leto	26	17,2	62,3
večkrat na mesec	19	12,6	75,3
večkrat na leto	36	23,8	100,0
Total	146	96,7	2,1
Manjkajoči	5	3,3	
Skupaj	151	100,0	

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

Raziskovalno vprašanje 2: *Kateri so najpogostejši načini poskusa samomora, s katerimi se reševalci srečujejo na terenu?*

Tabela 3 prikazuje, s katerimi načini samomora in poskusi samomora so se anketirani že srečali na terenu. Polovica (51,7 %) jih je že videla primer obešanja, 32,2 % anketiranih je imelo intervencijo z orožjem ali ostrimi predmeti, tretji najpogostejši primer pa je skok v globino ali pod vlak (22,1 %).

**Tabela 3: Načini samomora in poskusi samomora na intervencijah**

	n	%	Kumulativni %
Obešanje	78	51,7	51,7
Orožje, ostri predmeti	48	32,2	83,9
Skok v globino, pod vlak	23	22,1	106
Zastrupitve	28	18,8	124,8
Utopitve	1	0,7	125,5
Drugo	1	0,7	126,2
Total	149	126,2	

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež



Raziskovalno vprašanje 3: *Kdo sestavlja ekipo NMP pri intervenciji z osebo, ki je samomorilno ogrožena?*

V tabeli 3 je prikazano, da v 84,8 % ekipo NMP, kadar gre za intervencijo s samomorilno ogroženo osebo, sestavljajo zdravnik in dva reševalca, manj redko (10,6 %) dva reševalca ali zdravnik in en reševalec (4,6 %).

**Tabela 4: Sestava ekipe na intervencijah s samomorilno ogroženo osebo**

	n	%	Kumulativni %
Zdravnik in en reševalec (ZT ali dipl.zn.)	7	4,6	4,6
Dva reševalca (ZT ali dipl.zn.)	16	10,6	15,2
Zdravnik in dva reševalca (ZT ali dipl.zn.)	128	84,8	100,0
Total	151	100,0	

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotni delež

Raziskovalno vprašanje 4: *Kakšen je občutek varnosti ekipe NMP pri obravnavi osebe, ki je samomorilno ogrožena?*

Tabela 5 prikazuje občutke anketiranih na intervencijah s samomorilno ogroženo osebo. V povprečju se anketirani ne strinjajo, da jih pri delu z osebo po poskusu samomora obdaja občutek strahu (PV = 2,13, SO = 1,015), jeze (PV = 2,11, SO = 1,027) ali prizadetosti (PV = 2,34, SO = 1,126). Ne strinjajo se s trditvami, da jih pri delu z osebo po poskusu samomora obdaja občutek žalosti (PV = 2,72, SO = 1,122), da jih obdajajo neprijetni občutki (PV = 2,68, SO = 1,213) in posebni občutki (PV = 2,87, SO = 1,245).

**Tabela 5: Občutki anketiranih na intervencijah s samomorilno ogroženo osebo**

	n	PV	SO
Pri delu s pacientom po poskusu samomora me obdaja občutek strahu.	151	2,13	1,015
Pri delu s pacientom po poskusu samomora me obdaja občutek jeze.	151	2,11	1,027
Pri delu s pacientom po poskusu samomora me obdaja občutek žalosti.	151	2,72	1,122
Pri delu s pacientom po poskusu samomora me obdaja občutek prizadetosti.	151	2,34	1,126
Pri delu s pacientom po poskusu samomora me obdaja neprijeten občutek.	151	2,68	1,213
Pri delu s pacientom po poskusu samomora me ne obdajajo posebni občutki.	151	2,87	1,245

Legenda: n = število odgovorov; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

Raziskovalno vprašanje 5: *Katere so intervencije reševalca pri osebi, ki je samomorilno ogrožena glede na spol?*

Tabela 6 prikazuje osnovno statistiko po spremenljivkah glede na spol. Pri vseh spremenljivkah, razen pri drugi, je značilnost testa (p-vrednosti) nad 0,05, na podlagi tega domnevamo, da med spoloma ne prihaja do razlik. Pri drugi spremenljivki (*Pacienta vedno vprašam o vzroku poskusa samomora* ( $t = 4,341$ ,  $p = 0,039$ )) je značilnost testa (p-vrednosti) pod 0,05, kar pomeni, da ničelno hipotezo zavrnamo in sprejmemo nasprotno. Trdimo, da med spoloma obstaja razlika. Opisna statistika po skupinah pa nam pokaže obravnavo samomorilne osebe na terenu. Anketirani so pri trditvah obkroževali vrednosti, pri čemer je veljalo: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 popolnoma se strinjam. Tako moški kot ženske se zelo strinjajo, da se za obravnavo osebe, ki je samomorilno ogrožena, potrebuje več časa kot za druge osebe ( $t = 0,001$ ,  $p = 0,981$ ). Strinjajo se tudi s trditvama, da se tudi s svojci pogovorijo o poskusu samomora ( $t = 1,340$ ,  $p = 0,249$ ) in da se osebo, ki kaže znake samomorilnosti, odpelje v bolnišnico ( $t = 0,356$ ,  $p = 0,552$ ). Z vsemi ostalimi trditvami, ki so prikazane v tabeli 6, se anketirani ne strinjajo oziroma se niti strinjajo niti ne strinjajo.

**Tabela 6: Obravnava samomorilno ogrožene osebe na terenu**

	Spol	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Za obravnavo pacienta, ki je samomorilno ogrožen, potrebujem več časa kot za druge.	moški	105	4,54	0,707	0,001	0,981
	ženski	43	4,40	0,660		
Pacienta vedno vprašam o vzroku poskusa samomora.	moški	105	3,90	1,134	4,341	0,039
	ženski	43	4,30	0,773		
Pogovorim se tudi s svojci pacienta po poskusu samomora.	moški	105	4,05	1,032	1,340	0,249
	ženski	43	4,00	1,047		
Podatki, ki jih prejmem pri pogovoru s pacientom in s svojci po poskusu samomora, me psihično obremenjujejo.	moški	105	2,49	1,084	0,411	0,522
	ženski	43	2,40	1,003		
Samomor poskusijo narediti le duševno motene osebe.	moški	105	1,92	1,089	1,903	0,170
	ženski	43	2,07	1,100		

	Spol	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Pacienta, ki kaže znake samomorilnosti, se odpelje k osebemu zdravniku.	moški	105	1,98	1,217	2,172	0,143
	ženski	43	2,33	1,410		
Pacienta, ki kaže znake samomorilnosti, se odpelje k osebemu psihiatru.	moški	105	2,59	1,412	2,373	0,126
	ženski	43	2,79	1,567		
Pacienta, ki kaže znake samomorilnosti, se odpelje k dežurnemu zdravniku.	moški	105	3,50	1,374	0,039	0,843
	ženski	43	3,53	1,386		
Pacienta, ki kaže znake samomorilnosti, se odpelje v psihiatrično bolnišnico.	moški	105	4,50	0,932	0,356	0,552
	ženski	43	4,51	0,768		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = statistika t-testa za neodvisne vzore; p = statistična značilnost; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

Raziskovalno vprašanje 6: *Kakšno je znanje ekipe NMP glede obravnave osebe, ki je samomorilno ogrožena?*

Tabela 7 prikazuje znanje ekipe NMP pri obravnavi osebe, ki je samomorilno ogrožena. Anketirani se strinjajo s trditvama, da želijo, da bi bilo na temo samomora več izobraževanj (PV = 3,74, SO = 0,914) in da potrebujejo dodatna znanja in izobraževanja za obravnavo osebe, ki je samomorilno ogrožena (PV = 3,88, SO = 0,909). Ne spremljajo dogajanja in ne prebirajo prispevkov na temo samomora (PV = 2,38, SO = 1,076). Delno se strinjajo, da imajo dovolj znanja za obravnavo osebe s samomorilnim vedenjem (PV = 2,88, SO = 0,832), da imajo teoretičnega znanja glede obravnave osebe s samomorilnim vedenjem dovolj (PV = 2,89, SO = 0,837) ter da imajo dovolj teoretičnih in praktičnih izkušenj za obravnavo osebe s samomorilnim vedenjem (PV = 2,77, SO = 0,981).

**Tabela 7: Znanje ekipe NMP glede obravnave osebe, ki je samomorilno ogrožena**

	n	PV	SO
Spremljam dogajanje in prebiram prispevke na temo samomora.	151	2,38	1,076
Imam dovolj znanje za obravnavo pacienta s samomorilnim vedenjem.	151	2,88	0,832
Želim, da bi bilo več izobraževanj na temo samomora.	151	3,74	0,914
Teoretičnega znanja glede obravnave pacienta s samomorilnim vedenjem imam dovolj.	151	2,89	0,837

	<b>n</b>	<b>PV</b>	<b>SO</b>
Praktičnih izkušenj glede obravnave pacienta s samomorilnim vedenjem imam dovolj.	151	2,95	0,955
Tako teoretičnega znanja, kot tudi praktičnih izkušenj glede obravnave pacienta s samomorilnim vedenjem imam dovolj.	151	2,77	0,981
Potrebujem dodatno znanje in izobraževanje za obravnavo pacienta, ki je samomorilno ogrožen.	151	3,88	0,909

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

Raziskovalno vprašanje 7: *Kakšen je odnos ekipe NMP do samomorilnih intervencij glede na delovno dobo, spol in izobrazbo?*

Tabela 8 prikazuje odnos ekipe NMP med moškimi in ženskami. Do statistično pomembnih spremenljivk prihaja pri trditvah »V primerih, ko pacient ogroža sebe in okolico, se ekipa nujne medicinske pomoči lahko odloči tudi za hospitalizacijo proti pacientovi volji« ( $t = 11,071$ ,  $p = 0,001$ ); »Če je le možno, se hospitalizacijo izvede brez prisile« ( $t = 4,169$ ,  $p = 0,043$ ); »Celotna ekipa nujne medicinske pomoči je odgovorna za varnost pacienta kot tudi za varnost ekipe« ( $t = 3,782$ ,  $p = 0,044$ ); »Prisilni ukrepi na samomorilni intervenciji se stopnjujejo glede na nasilje pacienta« ( $t = 9,818$ ,  $p = 0,002$ ). Pri naštetih trditvah je  $p < 0,05$ , zato ničelno hipotezo zavrnamo in sprejmemo nasprotno – med spoloma prihaja do razlik. Opisna statistika po skupinah pa nam pokaže odnos ekipe NMP do samomorilnih intervencij. Anketirani so pri trditvah obkroževali vrednosti, pri čemer je veljalo: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 popolnoma se strinjam. V povprečju se tako moški kot ženske strinjajo z vsemi trditvami, katerih rezultati so prikazani v tabeli 8.

**Tabela 8: Odnos ekipe NMP do samomorilnih intervencij glede na spol**

	<b>Spol</b>	<b>n</b>	<b>PV</b>	<b>SO</b>	<b>t-vrednosti</b>	<b>p-vrednosti</b>
K pacientu pristopamo na način, da upoštevamo njegovo stanje in pripravljenost za sodelovanje.	moški	107	4,38	0,820	1,215	0,272
	ženski	42	4,19	0,707		
Zahtevnost intervencije se razlikuje od pristopa k pacientu.	moški	106	4,20	0,877	0,982	0,323
	ženski	43	4,21	0,773		

	Spol	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
V primerih, ko pacient ogroža sebe in okolico, se ekipa nujne medicinske pomoči lahko odloči tudi za hospitalizacijo proti pacientovi volji.	moški	107	4,79	0,545	11,071	0,001
	ženski	43	4,56	0,796		
Intervencije s prisilno hospitalizacijo so stresne za ekipo nujne medicinske pomoči.	moški	107	4,18	0,960	0,042	0,838
	ženski	43	4,26	0,954		
Intervencije s prisilno hospitalizacijo so stresne za pacienta.	moški	106	4,57	0,756	1,221	0,271
	ženski	43	4,58	0,587		
Če je le možno, se hospitalizacijo izvede brez prisile.	moški	107	4,60	0,725	4,169	0,043
	ženski	43	4,70	0,558		
Ekipa nujne medicinske pomoči poskuša pacienta najprej umiriti s pogovorom.	moški	107	4,79	0,456	1,096	0,297
	ženski	43	4,74	0,539		
Ekipa nujne medicinske pomoči skuša pridobiti strinjanje pacienta s hospitalizacijo.	moški	107	4,68	0,560	1,531	0,218
	ženski	43	4,63	0,655		
Ekipa nujne medicinske pomoči skuša pridobiti zaupanje pacienta.	moški	107	4,73	0,592	0,662	0,417
	ženski	43	4,77	0,527		
Celotna ekipa nujne medicinske pomoči je odgovorna za varnost pacienta, kot tudi za varnost ekipe.	moški	107	4,68	0,667	3,782	0,044
	ženski	42	4,50	0,741		
Dogajanje na intervenciji z uporabo fizične prisile je zelo stresno.	moški	107	4,17	0,947	0,248	0,619
	ženski	43	4,02	0,963		
Prisilni ukrepi na samomorilni intervenciji morajo biti čim bolj obzirni.	moški	107	4,43	0,881	0,302	0,583
	ženski	43	4,49	0,798		
Prisilni ukrepi na samomorilni intervenciji se stopnjujejo glede na nasilje pacienta.	moški	107	4,33	0,919	9,818	0,002
	ženski	43	4,60	0,583		
Poskušamo najti način, kako bi se pacient lažje spopadel s svojimi težavami.	moški	107	4,03	1,014	1,812	0,180
	ženski	43	4,02	0,831		
Ekipa nujne medicinske pomoči mirno poslušša pacienta, brez takojšnje želje po reševanju težav.	moški	107	4,08	0,814	0,394	0,531
	ženski	43	4,12	0,956		
Pri obravnavi pacienta po samomorilnem dejanju pazimo na ustrezen terapevtski odnos.	moški	107	4,37	0,807	0,604	0,438
	ženski	43	4,16	0,998		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = statistika t-testa za neodvisne vzorce; p = statistična značilnost; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

V tabeli 9 so prikazani rezultati ANOVE. Primerjali smo aritmetične sredine anketiranih glede na izobrazbo. Do statistično pomembnih razlik prihaja pri trditvah »Intervencije s

prisilno hospitalizacijo so stresne za ekipo nujne medicinske pomoči« ( $F = 5,399$ ,  $p = 0,005$ ), »Intervencije s prisilno hospitalizacijo so stresne za pacienta« ( $F = 6,222$ ,  $p = 0,003$ ), »Če je le možno, se hospitalizacijo izvede brez prisile«, kjer je značilnost testa  $F = 3,792$ ,  $p = 0,025$ , »Ekipa nujne medicinske pomoči poskuša pacienta najprej umiriti s pogovorom«, kjer je značilnost  $F = 3,919$ ,  $p = 0,022$  »Ekipa nujne medicinske pomoči skuša pridobiti strinjanje pacienta s hospitalizacijo«, kjer je značilnost testa  $F = 3,919$ ,  $p = 0,022$ , »Ekipa nujne medicinske pomoči skuša pridobiti zaupanje pacienta«, kjer je značilnost testa  $F = 4,095$ ,  $p = 0,019$ , »Celotna ekipa nujne medicinske pomoči je odgovorna za varnost pacienta, kot tudi za varnost ekipe«, kjer je značilnost testa  $F = 4,077$ ,  $p = 0,019$ , »Dogajanje na intervenciji z uporabo fizične prisile je zelo stresno«, kjer je značilnost testa  $F = 3,815$ ,  $p = 0,024$ , »Prisilni ukrepi na samomorilni intervenciji morajo biti čim bolj obzirni«, kjer je značilnost testa  $F = 7,254$ ,  $p = 0,001$  in »Prisilni ukrepi na samomorilni intervenciji se stopnjujejo glede na nasilje pacienta«, kjer je značilnost testa  $F = 3,830$ ,  $p = 0,024$ ).

**Tabela 9: Odnos ekipe NMP do samomorilnih intervencij glede na izobrazbo**

		Vsota kvadratov	df	Povprečje kvadratov	F	p
K pacientu pristopamo na način, da upoštevamo njegovo stanje in pripravljenost za sodelovanje.	Med skupinami	3,282	2	1,641	2,679	0,072
	Znotraj skupin	90,051	147	0,613		
	Skupaj	93,333	149			
Zahtevnost intervencije se razlikuje od pristopa k pacientu.	Med skupinami	0,703	2	0,352	0,488	0,615
	Znotraj skupin	105,890	147	0,720		
	Skupaj	106,593	149			
V primerih, ko pacient ogroža sebe in okolico, se ekipa nujne medicinske pomoči lahko odloči tudi za hospitalizacijo proti pacientovi volji.	Med skupinami	0,239	2	0,120	0,297	0,744
	Znotraj skupin	59,628	148	0,403		
	Skupaj	59,868	150			
Intervencije s prisilno hospitalizacijo so stresne za ekipo nujne medicinske pomoči.	Med skupinami	9,290	2	4,645	5,399	0,005
	Znotraj skupin	127,345	148	0,860		
	Skupaj	136,636	150			
Intervencije s prisilno hospitalizacijo so stresne za pacienta.	Med skupinami	5,830	2	2,915	6,222	0,003
	Znotraj skupin	68,863	147	0,468		
	Skupaj	74,693	149			

		<b>Vsota kvadratov</b>	<b>df</b>	<b>Povprečje kvadratov</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Če je le možno, se hospitalizacijo izvede brez prisile.	Med skupinami	3,375	2	1,687	3,792	0,025
	Znotraj skupin	65,857	148	0,445		
	Skupaj	69,232	150			
Ekipa nujne medicinske pomoči poskuša pacienta najprej umiriti s pogovorom.	Med skupinami	1,728	2	0,864	3,919	0,022
	Znotraj skupin	32,617	148	0,220		
	Skupaj	34,344	150			
Ekipa nujne medicinske pomoči skuša pridobiti strinjanje pacienta s hospitalizacijo.	Med skupinami	2,697	2	1,349	4,095	0,019
	Znotraj skupin	48,746	148	0,329		
	Skupaj	51,444	150			
Ekipa nujne medicinske pomoči skuša pridobiti zaupanje pacienta.	Med skupinami	2,704	2	1,352	4,329	0,015
	Znotraj skupin	46,223	148	0,312		
	Skupaj	48,927	150			
Celotna ekipa nujne medicinske pomoči je odgovorna za varnost pacienta kot tudi za varnost ekipe.	Med skupinami	3,723	2	1,861	4,077	0,019
	Znotraj skupin	67,111	147	0,457		
	Skupaj	70,833	149			
Dogajanje na intervenciji z uporabo fizične prisile je zelo stresno.	Med skupinami	6,636	2	3,318	3,815	0,024
	Znotraj skupin	128,715	148	0,870		
	Skupaj	135,351	150			
Prisilni ukrepi na samomorilni intervenciji morajo biti čim bolj obzirni.	Med skupinami	9,765	2	4,882	7,254	0,001
	Znotraj skupin	99,613	148	0,673		
	Skupaj	109,377	150			
Prisilni ukrepi na samomorilni intervenciji se stopnjujejo glede na nasilje pacienta.	Med skupinami	5,244	2	2,622	3,830	0,024
	Znotraj skupin	101,299	148	0,684		
	Skupaj	106,543	150			
Poskušamo najti način, kako bi se pacient lažje spopadel s svojimi težavami.	Med skupinami	3,364	2	1,682	1,837	0,163
	Znotraj skupin	135,471	148	0,915		
	Skupaj	138,834	150			
Ekipa nujne medicinske pomoči mirno posluša pacienta, brez takojšnje želje po reševanju težav.	Med skupinami	1,180	2	0,590	0,806	0,449
	Znotraj skupin	108,330	148	0,732		
	Skupaj	109,510	150			
Pri obravnavi pacienta po samomorilnem dejanju pazimo na ustrezen terapevtski odnos.	Med skupinami	5,627	2	2,814	3,888	0,023
	Znotraj skupin	107,115	148	0,724		
	Skupaj	112,742	150			

Legenda: df – stopnja prostosti, F – razmerje, p – statistična značilnost

Tabela 10 prikazuje povezanost med delovno dobo in odnosom ekipe NMP na intervencijah s samomorilno ogroženimi osebami. Do statistično pomembne povezave ( $p < 0,05$ ) prihaja pri spremenljivki »Dogajanje na intervenciji z uporabo fizične prisile je zelo stresno ( $r = 0,204$ ,  $p = 0,012$ )«, kjer je korelacija pozitivna, zato lahko sklepamo, da je za anketirane z več delovne dobe dogajanje na intervenciji z uporabo fizične prisile bolj stresno in pri spremenljivki »Prisilni ukrepi na samomorilni intervenciji se stopnjujejo glede na nasilje pacienta ( $r = -0,241$ ,  $p = 0,003$ )«, kjer je korelacija negativna, zato lahko sklepamo, da anketirani s krajšo delovno dobo prisilne ukrepe na intervenciji stopnjujejo glede na nasilje osebe.

**Tabela 10: Povezanost med odnosom ekipe NMP na intervencijah s samomorilno ogroženimi osebami in delovno dobo**

K pacientu pristopamo na način, da upoštevamo njegovo stanje in pripravljenost za sodelovanje.	Pearsonova korelacija	-0,067
	p-vrednost	0,414
	N	150
Zahtevnost intervencije se razlikuje od pristopa k pacientu.	Pearsonova korelacija	0,018
	p-vrednost	0,825
	N	150
V primerih, ko pacient ogroža sebe in okolico, se ekipa nujne medicinske pomoči lahko odloči tudi za hospitalizacijo proti pacientovi volji.	Pearsonova korelacija	0,039
	p-vrednost	0,631
	N	151
Intervencije s prisilno hospitalizacijo so stresne za ekipo nujne medicinske pomoči.	Pearsonova korelacija	0,070
	p-vrednost	0,394
	N	151
Intervencije s prisilno hospitalizacijo so stresne za pacienta.	Pearsonova korelacija	0,027
	p-vrednost	0,740
	N	150
Če je le možno, se hospitalizacijo izvede brez prisile.	Pearsonova korelacija	0,029
	p-vrednost	0,728
	N	151
Ekipa nujne medicinske pomoči poskuša pacienta najprej umiriti s pogovorom.	Pearsonova korelacija	-0,025
	p-vrednost	0,758
	N	151
Ekipa nujne medicinske pomoči skuša pridobiti strinjanje pacienta s hospitalizacijo.	Pearsonova korelacija	-0,063
	p-vrednost	0,444
	N	151
Ekipa nujne medicinske pomoči skuša pridobiti zaupanje pacienta.	Pearsonova korelacija	-0,046
	p-vrednost	0,578
	N	151
Celotna ekipa nujne medicinske pomoči je odgovorna za varnost pacienta kot tudi za varnost ekipe.	Pearsonova korelacija	0,120
	p-vrednost	0,145
	N	150



Dogajanje na intervenciji z uporabo fizične prisile je zelo stresno.	Pearsonova korelacija	0,204*
	p-vrednost	0,012
	N	151
Prisilni ukrepi na samomorilni intervenciji morajo biti čim bolj obzirni.	Pearsonova korelacija	0,143
	p-vrednost	0,081
	N	151
Prisilni ukrepi na samomorilni intervenciji se stopnjujejo glede na nasilje pacienta.	Pearsonova korelacija	-0,241**
	p-vrednost	0,003
	N	151
Poskušamo najti način, kako bi se pacient lažje spopadel s svojimi težavami.	Pearsonova korelacija	0,014
	p-vrednost	0,869
	N	151
Ekipa nujne medicinske pomoči mirno posluša pacienta, brez takojšnje želje po reševanju težav.	Pearsonova korelacija	0,071
	p-vrednost	0,383
	N	151
Pri obravnavi pacienta po samomorilnem dejanju pazimo na ustrezen terapevtski odnos.	Pearsonova korelacija	-0,091
	p-vrednost	0,265
	n	151

Legenda: \*\*korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,01; \*korelacija je statistično pomembna na nivoju 0,05; n = velikost vzorca

Raziskovalno vprašanje 8: *Kako pogosta je uporaba različnih vrst prisilnih ukrepov glede na spol reševalca?*

Tabela 11 prikazuje uporabo prisilnih ukrepov na intervencijah s samomorilno ogroženo osebo glede na spol. Do statistično pomembnih sprememb prihaja pri dveh spremenljivkah, in sicer pri uporabi prisilnega jopiča, kjer je  $t = 26,552$ ,  $p = 0,001$  in pri uporabi drugih ukrepov, kjer je  $t = 21,623$ ,  $p = 0,001$ . Ničelno hipotezo lahko zavrnamo in sprejmemo nasprotno, da pri uporabi teh prisilnih ukrepov prihaja do razlik med moškimi in ženskami. V povprečju se anketirani strinjajo le z uporabo policijskih lisic ali vezic za oviranje nasilne osebe s samomorilnimi nagnjenji ( $t = 1,101$ ,  $p = 0,296$ ).

**Tabela 11: Uporaba različnih vrst prisilnih ukrepov na intervenciji s samomorilno ogroženo osebo**

	Spol	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Prisilni jopič	moški	102	3,09	1,753	26,552	0,001
	ženski	43	1,93	1,142		
Oviranje pacienta s pasovi na zajemalna nosila	moški	102	2,78	1,347	3,076	0,082
	ženski	43	2,74	1,217		

	Spol	n	PV	SO	t-vrednosti	p-vrednosti
Oviranje pacienta s pasovi na kardiološki stol	moški	101	1,77	0,989	0,523	0,471
	ženski	43	1,77	0,996		
Oviranje pacienta s policijskimi liscami ali vezicami	moški	102	3,64	1,288	1,101	0,296
	ženski	43	3,44	1,452		
Oviranje pacienta s standardnimi pasovi za oviranje z magnetnim sistemom (Segu-fix)	moški	102	1,81	1,288	2,103	0,149
	ženski	43	2,07	1,438		
Drugo	moški	71	1,51	1,012	21,623	0,001
	ženski	33	2,27	1,606		
	ženski	102	3,09	1,753		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = statistika t-testa za neodvisne vzorce; p = statistična značilnost; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam

Tabela 12 prikazuje vzroke za samomore po mnenju anketiranih. V povprečju se anketirani ne strinjajo, da so vzroki, zaradi katerih ljudje poskušajo narediti samomor, upravičeni (PV = 2,49, SO = 1,019). Strinjajo se s trditvami, da je samomor klic na pomoč (PV = 4,06, SO = 1,078), da je samomor beg pred neznosno psihično bolečino (PV = 3,98, SO = 0,860) in da je samomor reakcija na trenutno osebno krizo (PV = 3,86, SO = 0,783). Delno se strinjajo, da osebe želijo s samomorom nekaj izsiliti (PV = 3,11, SO = 0,948) in da je samomor želja osebe po smrti (PV = 3,28, SO = 1,228).

**Tabela 12: Vzroki za samomor po mnenju anketiranih**

	n	PV	SO
Vzroki, zaradi katerih ljudje poskušajo storiti samomor, so upravičeni.	151	2,49	1,019
Samomor je klic na pomoč.	151	4,06	1,078
S samomorom želi oseba nekaj izsiliti.	151	3,11	0,948
Samomor je beg pred neznosno psihično bolečino.	151	3,98	0,860
Samomor je reakcija na trenutno osebno krizo.	151	3,86	0,783
Samomor je želja osebe po smrti.	151	3,28	1,228

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam.

Iz analize podatkov smo razbrali, da so se skoraj vsi anketirani (92,1 %) že srečali s hospitalizacijo osebe s samomorilnimi nagnjenji, nekaj več kot polovica anketiranih (57,6 %) pa je bilo ob hospitalizaciji samomorilno ogrožene osebe že napadenih.

Prisilne ukrepe za hospitalizacijo samomorilno ogrožene osebe je uporabilo 86,1 % anketirancev. Tabela 13 prikazuje trditve, ki se nanašajo na uporabo prisilnih ukrepov pri osebi in kdo jih odredi. V povprečju se anketirani strinjajo, da uporabo prisilnih ukrepov na intervenciji, kjer se uporablja uporaba prisilnih ukrepov, odredi zdravnik (PV = 4,57, SO = 0,848), delno se strinjajo, da uporabo prisilnih ukrepov na intervenciji, kjer se uporablja uporaba prisilnih ukrepov, odredita reševalec in zdravnik skupaj (PV = 3,35, SO = 1,399), ne strinjajo se, da uporabo prisilnih ukrepov na intervenciji, kjer se uporablja uporaba prisilnih ukrepov, odredi reševalec (PV = 2,03, SO = 1,117).

**Tabela 13: Odredba prisilnih ukrepov**

	<b>n</b>	<b>PV</b>	<b>SO</b>
Uporabo prisilnih ukrepov na intervenciji, kjer se uporablja uporaba prisilnih ukrepov, odredi zdravnik.	149	4,57	0,848
Uporabo prisilnih ukrepov na intervenciji, kjer se uporablja uporaba prisilnih ukrepov, odredi reševalec (ZT ali dipl.zn.).	149	2,03	1,117
Uporabo prisilnih ukrepov na intervenciji, kjer se uporablja uporaba prisilnih ukrepov, odredita reševalec in zdravnik skupaj.	149	3,35	1,399

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

### 3.5 RAZPRAVA

Večina anketiranih se je že srečalo z intervencijo, kjer so obravnavali samomorilno ogroženo osebo, vendar so anketirani navedli, da so se na tovrstni intervenciji počutili nelagodno in si želijo dodatnih teoretičnih in praktičnih znanj, za ukrepanje in obvladovanje oseb s samomorilnimi nagnjenji.

Ugotovili smo, da so intervencije, kjer se obravnava samomorilno ogroženo osebo kar pogoste. Skoraj vsi anketirani so se že srečali s tovrstno intervencijo, v povprečju se najpogosteje srečujejo s samomorilnimi intervencijami enkrat mesečno. Četrta anketiranih pa se s samomorilno intervencijo srečuje večkrat letno. Kot kažejo statistični podatki (Eurostat Statistics Explained, n. d.), samomora ne uvrščamo med najpogostejše vzroke smrti, vendar je še vedno precej pogost. Zaradi samomora povprečno v Evropi

letno umre 11,7 ljudi na 100.000 prebivalcev. V Sloveniji je bilo leta 2013 dvakrat tolikšno povprečje samomorov, kot je bilo v Evropi (21,2 smrti na 100.000 prebivalcev). Slovenija sodi v Evropi na 4. mesto po umrljivosti prebivalstva zaradi samomora. Torej sklepamo, da so intervencije s samomorilno ogroženo osebo pogoste in bi morale biti vse ekipe NMP visoko usposobljene za tovrstne intervencije (Rant & Bregar, 2014). Prav tako sta Rant in Bregar (2014) v raziskavi, kjer sta preučevala razumevanje odnosa reševalca do oseb, ki so samomorilno ogrožene, ugotovila, da imajo reševalci premalo znanja in izkušenj s področja psihiatrije, da bi lahko primerno obravnavali osebe, ki so samomorilno ogrožene. Zaradi tega imajo tudi probleme pri uporabi prisilnih ukrepov, in sicer kdaj in kako jih uporabiti. Navajata, da zaradi pomanjkanja znanja reševalci pogosto sprejemajo odločitve, ki presegajo njihove kompetence.

Anketirani trdijo, da se jih polovica najpogosteje sreča z obešanjem, nato sledijo poskusi samomora z orožjem in ostrimi predmeti, skok v globino ali pod vlak, le nekaj pa se jih je srečalo z zastrupitvami ali utopitvami. Jeriček Klanšček (2009) je v svoji raziskavi metode samomora po pogostosti razvrstil: utopitve, zastrupitve s trdimi in tekočimi snovmi, skok v globino, obešanje, orožje.

Anketirani v večini menijo, da morajo ekipo NMP sestavljati zdravnik in dva reševalca. Nekaj jih je mnenja, da lahko ekipo NMP sestavljata le dva reševalca oziroma zdravnik in en reševalec. Ekipo NMP morajo sestavljati zdravnik in dva reševalca. Dwight in ostali navajajo (2008), da so ključne stvari, ki jih mora ekipa NMP zagotoviti na intervencijah s samomorilno ogroženo osebo, varnost tako za samomorilno ogrožene osebe kot za člane ekipe, intervencija mora biti čimbolj enostavna (znanje ekipe mora biti skoncentrirano) in intervencijo morajo izpeljati čim hitreje, še posebej, ker je v predbolnišničnem okolju. Počasno in neorganizirano delovanje ekipe NMP namreč podaljšuje urgentno oskrbo osebe. Iz tega lahko sklepamo, da je popolna in uigrana ekipa NMP nujna tudi v našem prostoru, predvsem pri zdravstveni obravnavi osebe po poskusu samomora, saj kot kažejo naši rezultati, anketiranim primanjkuje znanja, želijo si več informacij in v svoje intervencije niso najbolj prepričani.

Kakor so pokazali naši rezultati, anketirani ne navajajo neprijetnih občutkov, kot so strah, jeza, žalost idr., s katerimi se naj bi srečevali ob samomoru. Rezultat nas je presenetil, saj smo bili prepričani, da bodo nekateri od teh občutkov bolj ali manj prisotni, kot ugotavljajo nekateri avtorji (Brendel, et al., 2008; Roškar, 2009). Anketirani ne čutijo strahu, jeze ali občutka prizadetosti. Glede na standardni odklon se nekateri na tovrstnih intervencijah lahko počutijo neprijetno, občutijo žalost ali druge neprijetne občutke. Kot pravi Bregar (2012) so intervencije s samomorilno ogroženo osebo stresne tako za ekipo kot za osebo. Za ekipo NMP bi delodajalci morali zagotoviti strokoven pogovor o dogodkih, ki jih morda povzamejo prav iz intervencij in jih vznemirjajo. Verjetno imajo reševalci pri delu veliko etičnih in moralnih dilem, s katerimi se vsakodnevno srečujejo pri svojem delu, še posebej kadar gre za fizično oviranje oseb. Prav tako predvidevamo, da se poskus samomora ali smrt kljub temu, da smo strokovnjaki, dotakne vsakega od nas, vendar pa je zaznavanje tega, po našem mnenju, odvisno tudi od podpore, ki jo imamo v poklicnem okolju. Zato bi bilo potrebno po možnosti posvetiti neke oblike razbremenitve tistim, ki bi to potrebovali. Za soočanje z zelo stresnimi situacijami potrebujejo zaposleni v zdravstveni negi podporo, ki jim jo naj nudi delovna organizacija (Hanna & Romana, 2007). Intervencije reševalcev pri osebi, ki je samomorilno ogrožena, so glede na spol skladne, vendar se je pri nekaterih pokazalo, da so anketirane ženske bolj občutljive do počutja osebe in imajo po našem mnenju večjo potrebo po negovanju oseb (Baron-Cohen, 2002).

Tako moški kot ženske se zelo strinjajo, da se za obravnavo osebe, ki je samomorilno ogrožena, potrebujejo več časa kot za druge osebe. Strinjajo se tudi s trditvama, da se tudi s svojci pogovorijo o poskusu samomora in da se osebe, ki kažejo znake samomorilnosti, odpelje v bolnišnico. Brendel in drugi (2008) navajajo, da je pridobivanje informacij o samomoru ključnega pomena za zdravljenje pacienta. Ekipe NMP naj bi pridobila informacije tudi od družine in znancev osebe, ki je samomorilno ogrožena. Poizvedovati bi morali tudi o samomorilnem dejanju in načrtu z vprašanji, na podlagi katerih bi dobili odgovore, kje bi storili samomor, ali bi uporabili kakšno orožje, ali je oseba napisala poslovilno pismo, ipd. Vprašanja o samomoru osebi ne vzpodbujajo želje po samomorilnem dejanju. Reševalci morajo oceniti, koliko truda je bilo vloženega v samomorilni načrt. Osebo je potrebno povprašati tudi po nedavnih

stresnih dogodkih v življenju, ki so se ji zgodili. Varno okolje mora biti vedno zagotovljeno. Osebo je potrebno pregledati, in če se agresivno vede, pomiriti. Brendel in drugi (2008) navajajo, da največje napake, ki jih ekipa NMP lahko naredi, so, da osebo pustijo samo, da ne zagotovijo varnega okolja, da ne pregledajo osebe (če ima kakšne ostre predmete, tablete, ipd.), da ne vodijo dokumentacije o intervenciji in podatkih, ki so jih izvedeli o osebi, dopustijo da oseba zavrne oskrbo in da se ne pogovarjajo in ne poizvedujejo o dogodku.

Anketirani niso povsem prepričani, ali imajo dovolj znanja na področju, ki smo ga raziskovali. Želijo si dodatnih izobraževanj, tako teoretičnih kot praktičnih. V povprečju stroke teme samomora ne spremljajo (prebiranje prispevkov, ipd.). Za profesionalno in korektno obravnavo samomorilno ogrožene osebe je potrebno znanje članov ekipe NMP. Balantič (2012) navaja, da je neformalno izobraževanje izredno pomembno za zaposlene v zdravstvu. Pomembno je tako teoretično kot praktično znanje za obravnavo nasilnih oseb in oseb z duševno motnjo. S pridobljenim znanjem lahko na intervencijah pristopijo do oseb strokovno in intervencija poteka brez zapletov. Možganova (2009) poudarja, da pomanjkanje znanja v reševalni ekipi NMP pri obravnavi nasilne osebe lahko predstavlja problem, saj je končni izid intervencije odvisen od izkušenj, znanja in iznajdljivosti ekipe NMP. Zato je izredno pomembno, da se ekipa NMP stalno izobražuje in izpopolnjuje, saj je prvo načelo kakovostno opravljenega dela stalno izboljševanje.

Glede na spol prihaja do razlik v primerih, ko oseba ogroža sebe in okolico in se ekipa NMP lahko odloči tudi za hospitalizacijo proti volji osebe. Moški anketirani se za hospitalizacijo proti volji osebe odločijo večkrat kot ženske. Anketirane ženske vlagajo več truda, da se hospitalizacijo izvede brez prisile. Do statistično pomembnih razlik prihaja tudi pri trditvi »Če je le možno, se hospitalizacijo izvede brez prisile«, kjer se ženske večkrat odločijo za tovrstno hospitalizacijo. Moški so izrazitejšega mnenja kot ženske, da je celotna ekipa NMP odgovorna za varnost pacienta kot tudi za varnost ekipe in da se prisilni ukrepi na samomorilni intervenciji stopnjujejo glede na nasilje pacienta. Happel in Koehn (2010) navajata, da obstaja povezava med uporabo prisilnih ukrepov in odnosom zaposlenih v zdravstveni negi do uporabe prisilnih ukrepov.

Prisilnih ukrepov in prisilne hospitalizacije se bolj poslužujejo zdravstveni delavci moškega spola, delavci z nižjo stopnjo izobrazbe in delavci, ki imajo manj izkušenj z delom z nasilnimi pacienti. Anketirani z višjo izobrazbo menijo, da so intervencije s prisilno hospitalizacijo stresne za osebo in zaposlene in več truda vlagajo v hospitalizacije brez prisile, na način, da poskušajo osebo najprej umiriti s pogovorom, da ekipa NMP skuša pridobiti strinjanje osebe s hospitalizacijo, da ekipa NMP skuša pridobiti zaupanje osebe, da je celotna ekipa NMP odgovorna za varnost osebe kot tudi za varnost ekipe, da je dogajanje na intervenciji z uporabo fizične prisile zelo stresno, da morajo biti prisilni ukrepi na samomorilni intervenciji čim bolj obzirni in da se prisilni ukrepi na samomorilni intervenciji stopnjujejo glede na nasilje osebe. Richmond in sodelavci (2011) poudarjajo pomembnost deeskalacijskih metod, ki se jih poslužujejo predvsem zaposleni v zdravstveni negi z višjo izobrazbo. Avtorji so mnenja, da bi moral deeskalacijske metode poznati vsak reševalec, na podlagi tega pa bi se zmanjšala tudi uporaba prisilnih ukrepov v predbolnišničnem okolju. Zanimala nas je tudi povezanost delovne dobe in odnosom ekipe NMP na intervencijah do samomorilno ogroženih oseb. Povezanost se kaže pri trditvi *»Dogajanje na intervenciji z uporabo fizične prisile je zelo stresno«*, kjer je korelacija pozitivna, zato lahko sklepamo, da je za anketirance z več delovne dobe dogajanje na intervenciji z uporabo fizične prisile bolj stresno. Tschudin (2004) navaja, da je samomorilna intervencija za ekipo NMP lahko zelo stresna, saj se člani ekipe zanašajo predvsem na svoje občutke, v dobro osebe, bolj kot na navodila, doktrino in smernice. In dalj časa, ko opravljajo delo v ekipi NMP, bolj stresno postaja delo. Povezanost se kaže tudi pri spremenljivki *»Prisilni ukrepi na samomorilni intervenciji se stopnjujejo glede na nasilje pacienta«*, kjer je korelacija negativna, zato lahko sklepamo, da anketirani s krajšo delovno dobo prisilne ukrepe na intervenciji stopnjujejo glede na nasilje osebe.

V povprečju anketirani ne uporabljajo načinov oviranja, ki so naštetih v vprašalniku: prisilni jopič, vezanje (oviranje) osebe s pasovi na zajemalna vozila, vezanje (oviranje) osebe s pasovi na kardiološki stol, oviranje osebe s policijskimi lisicami in vezicami in oviranje osebe s standardnimi pasovi za oviranje z magnetnim sistemom. Bolj grobih postopkov oviranja, ki so bili naštetih v vprašalniku, se poslužujejo moški. Szarpak in drugi (2013) so ugotovili, da je najpogostejša oblika prisilnih ukrepov v

predbolnišničnem okolju imobilizacija telesa in fizično oviranje z ovirnicami. Hagen (2013) navaja, da se je več kot 90 % zaposlenih ekipe NMP že srečalo z nasilno osebo na delovnem mestu in so morali uporabiti prisilne ukrepe za hospitalizacijo pacienta. Happel in Koehn (2010) navajata, da je pri obravnavi osebe, ki je nasilna in agitirana, uporaba prisilnih ukrepov nujna. Lawner in ostali (2013) navajajo, da osebi, ki je nasilna ekipa NMP mora povedati, da so tam, da bi pomagali. Intenziven očesni stik je lahko za osebo zelo vznurjajoč v že tako napetem stanju, zato je priporočljivo, da se reševalci v teh primerih intenzivnega očesnega stika izogibajo. Pri tem pomaga intenzivno aktivno poslušanje z visoko mero izkazane empatije. Člani ekipe NMP ne izražajo svojega mnenja ali ga vsiljujejo osebi. Če je oseba močno vznemirjena in nasilna, člani ekipe NMP skrbijo za primerno varnostno razdaljo. Z osebo so iskreni in je ne zavajajo. Medtem ko se z osebo pogovarjajo, držijo varnostno razdaljo (približno dolžino nog). Člani ekipe NMP se izogibajo nenadnih gibov. Med intervencijo je osebi potrebno razložiti vsako stvar, ki jo člani ekipe NMP naredijo. Potrebno je tudi natančno preučiti okoliščine in njihovo potencialno nevarnost za osebe in člane ekipe NMP. Če so člani družine prisotni, jih je potrebno vključiti, saj lahko osebo pomirijo. Če se oseba ne umiri in je še vedno nasilna, je potrebno za pomoč poklicati asistenco policije in uporabiti prisilne ukrepe za fizično oviranje.

Večina anketiranih je že slišalo za teorijo Hildegard E. Peplau, vendar menimo, da je razumljivost teorije medosebnih odnosov med zaposlenimi v zdravstveni negi še vedno slaba. Teorija poudarja medsebojne odnose med zdravstvenim osebjem in osebo, kar je tudi bistvo zdravstvene nege. V medsebojnem odnosu se gradita medsebojni konstruktiven odnos in spoštovanje drug do drugega. Izredno pomemben element medsebojnega odnosa je komunikacija, ki mora biti jasna in razumljiva. Wayne (2014) navaja, da prav komunikacija bistvena za obravnavo osebe, ki je samomorilno ogrožen in poznavanje modela Hildegard E. Peplau je relevanten za obravnavo tovrstnih pacientov.



### 3.5.1 Omejitve raziskave

Omejitev raziskave je prav gotovo pomanjkanje literature glede intervencij s samomorilno ogroženimi posamezniki na področju NMP. Statističnih podatkov glede intervencij s samomorilno ogroženimi osebami je zelo malo. Za nadaljnjo obdelavo bi lahko pridobili podatke in zaznamke iz nujnih reševalnih enot o samomorilnih intervencijah, jih povzeli in prikazali. Za še boljšo predstavitev področja bi lahko uporabili triangulacijo podatkov, kjer bi za natančnejšo raziskavo uporabili kvantitativno in kvalitativno raziskavo, ter tako področje raziskali iz vseh zornih kotov. Za namen raziskave bi lahko večjo kakovost predstavljala bolj umirjen vzorec glede na spol, izobrazbo in delavno dobo.

## 4 ZAKLJUČEK

Glavni namen diplomskega dela je bil na podlagi dobljenih rezultatov predstaviti pristop ekipe NMP do osebe s samomorilnim vedenjem in po primerjavi s teoretičnimi spoznanji izdelati nekatera priporočila za strokovno in učinkovito zdravstveno obravnavo osebe, ki je samomorilno ogrožena.

Z raziskavo je bilo ugotovljeno, da se ekipa NMP pogosto srečuje z intervencijami, kjer je oseba samomorilno ogrožen, saj Slovenija spada v vrh samomorilno ogroženih držav v Evropi. Sicer reševalci imajo teoretična in praktična znanja o ravnanju s samomorilno ogroženimi osebami, vendar bi bila potrebna dodatna izpopolnjevanja, ki bi pripomogla k še bolj kakovostno opravljenemu delu ekipe NMP. Z dodatnim izobraževanji bi zagotovili tako reševalcem kot osebam višjo stopnjo varnosti na intervencijah, lažje preprečevanje nadaljnjih samomorov in hitrejšo in učinkovitejšo obravnavo samomorilno ogroženih oseb.

Nikjer ni zavedenih podatkov, koliko oseb, ki jih ekipa NMP obravnava na samomorilnih intervencijah, je predhodno že izvajalo samomor oziroma ga je izvajalo kasneje. Zanimivo bi bilo primerjati te podatke in podatke, ki bi jih pridobili po izobraževanjih ekipe NMP na področju samomorov. Ob izpopolnjenem znanju ekipe, bi se verjetno tudi število samomorov po intervenciji znižalo.

Podatki, ki smo jih pridobili z raziskavo, so lahko izhodišče za nadaljnjo raziskovanje. Z vključenim večjim reprezentativnim vzorcem in kvalitativno raziskavo bi bili vsi zorni koti področja raziskani, na podlagi tega pa bi se lahko podali konkretni ukrepi, ki bi jih morala ekipa NMP upoštevati na terenu pri obravnavi osebe, ki je samomorilno ogrožena. Redna usposabljanja ekipe NMP bi pripomogla k večji varnosti, tako za reševalce kot za osebe.

## 5 LITERATURA

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

American Foundation for Suicide Prevention (AFSP), 2014. *Suicide Statistics*. Available at: <https://afsp.org/about-suicide/suicide-statistics/> [Accessed 30 July 2016].

Anderson, C.A. & Bushman, B.J., 2002. Human Aggression. Department of Psychology. *Annual Review of Psychology*, 53(3), pp. 27-51.

Avguštin Avčin, B., 2012. Obravnava psihiatričnih nujnih stanj. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2012. Portorož. 13.-16. junij 2012*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 228-230.

Medicinski slovar, n. d. Available at: <http://www.bolezen.si/medicinski-slovar/medicinski-slovar-a/1973-agitiranost-agitacija> [Accessed 26 December 2016].

Balantič, M., 2012. Fizično oviranje pacientov v klinični praksi. 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. 39-46.

Baron-Cohen, S., 2002. The extreme male brain theory of autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 6(6), pp. 248-254.

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.

Brendel, R., Lagosmasino, I., Perlis, R., Russell, J. & Hirschfeld, R., 2008. The suicidal patient. In: T. Stern, J. Rosenbaum, M. Fava & R. Perlis, eds. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. Philadelphia, PA: Mosby, pp. 35-42.

Čander, D. & Vrtič, F., 2009. Posredovanje ekip NMP ob dogodkih s prisotnim nasiljem – sodelovanje s policijo. In: A. Posavec, ed. *Izvajanje nujne medicinske pomoči in transport v izrednih razmerah: zbornik predavanj. Ig, 23. oktober 2009*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – ZDMSBZTS, Sekcija reševalcev v zdravstvu, pp. 51-59.

Danieli, A., 2008. Nujna stanja v psihiatriji. In: U. Ahčan. D. Slabe & R. Šutanovac, eds. *Prva pomoč: Priročnik za bolničarje*. Ljubljana: Rdeči križ Slovenije, pp. 211-215.

Dwight, A.P., Jeffrey T.M. & Benjamin, G., 2008. *Prehospital Behavioral Emergencies and Crisis Response*. American Academy of Orthopaedic Surgeons, pp. 23-24.

Eurostat Statistics Explained, n. d. *Statistika vzrokov smrti*. Available at: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes\\_of\\_death\\_statistics/sl](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics/sl) [Accessed 20 October 2016].

Glezer, A. & Brendel, R.W., 2010. Beyond emergencies: the use of physical restraints in medical and psychiatric settings. *Harvard Review Psychiatry*, 18(6), pp. 323-353.

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

Hagen, T.M., 2013. Preventing Violence Against EMS. *Journal of Emergency Medical Services* (online) Available at: <http://www.jems.com/articles/print/volume-38/issue->

12/administration-and-leadership/preventing-violence-against-ems.html [Accessed 13 September 2016].

Hanna, D.R. & Romana, M., 2007. Debriefing after a crisis. *Nursing management*, 38(8), pp. 38-42, 44-45, 47. Available at: [https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-35348825510&origin=inward&txGid=35BB38EC02C78DD93827A92DE244A1F3.ws\\_nAw8kcdt7IPYLO0V48gA%3a2](https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-35348825510&origin=inward&txGid=35BB38EC02C78DD93827A92DE244A1F3.ws_nAw8kcdt7IPYLO0V48gA%3a2) [Accessed 10 January 2017].

Happel, B. & Koehn, S., 2010. Attitudes to the use of seclusion: has contemporary mental health policy made a difference?. *Journal of clinical nursing*. (online/pdf) Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21040022> [Accessed 9 August 2016].

Jeriček Klanšček, H., 2009. Spremnna beseda. In: H. Jeriček Klanšček, M. Zorko, M. Bajt & S. Roškar, eds. *Duševno zdravje v Sloveniji*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja v Republike Slovenije, pp. 1.

Klančar, D., 2008. Sočasne bolezni in stanja duševnih bolnikov. In: J. Kersnik & R. Iljaž, eds. *Sočasne bolezni in stanja, 22. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, pp. 127-135.

Kokalj, A., Rus Prelog, P. & Novak Šarotar, B., 2015. Obravnava samomorilnega pacienta. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2015. Portorož, 18.-20. junij 2015*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 134-136.

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

Kolander-Bizjak, L., 2003. Somatske motnje pri depresiji-prikaz primera. In: Kersnik, J, ed. *Kronična bolečina, sladkorna bolezen, depresija in preventivni program*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, pp. 6-85.

Kores-Plesničar, B., 2011. Duševno zdravje in zdravstvena nega. In: B. Kores Plesničar, ed. *Duševno zdravje in zdravstvena nega*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 13.

Lawner, B., Slovis, C., Fowler, R., Pepe, P. & Mattu, A., 2013. *Avoiding common prehospital errors*. Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business, Philadelphia, American College of Emergency Physicians, pp. 360-381.

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

Marx, J., 2003. A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, 24(2), pp 199-124, (online). Available at: [http://www.jem-journal.com/article/S0736-4679\(02\)00738-2/abstract](http://www.jem-journal.com/article/S0736-4679(02)00738-2/abstract) [Accessed 15 June 2016].

Mir, M. & Kersnik, J., 2008. Nujna stanja. *Priročnik 5. izd.* Ljubljana: Združenje za splošno/družinsko medicino Slovenskega zdravniškega, pp. 30-227.

Mohor, M., n.d. *Hospitalizacija proti volji bolnika – dilema v splošni ambulanti. Dileme ob neprosto voljni hospitalizaciji*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica Begunje. Available at: <http://www.pb-begunje.si/gradiva/Mohor1351439831218.pdf> [Accessed 20 July 2016].

Možgan, B., 2009. Posebni varovalni ukrepi. In: P. Pregelj & R. Kobentar, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, 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.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2016. *Samomori v Sloveniji*. Available at: <http://www.nijz.si/sl/zaradi-samomora-je-lani-v-sloveniji-umrlo-388-ljudi> [Accessed 20 July 2016].

Prestor, J., 2006. Razvoj predbolnišnične nujne medicinske pomoči. *Reševalec, spletni časopis sekcije reševalcev v zdravstvu – ZZBNS*, 1(3), pp. 20-23. Available at: <http://www.resevalci.org/casopis/aktualna.htm> [Accessed 1 August, 2016].

Prestor, J., Čander, D., Fink, A., Kešpert, B., Kramar, J. & Posavec, A., 2010. Kompetence reševalcev v predbolnišnični nujni medicinski pomoči. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2010. Portorož, 9.-12. junij 2010*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 253-256.

Prestor, J., 2013. Komunikacija s pacienti in svojci na njihovem domu. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2013. Portorož, 13.-15. junij 2013*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 319-322.

Rant, B. & Bregar, B., 2014. Razumevanje odnosa reševalca do pacientov, ki so samomorilno ogroženi. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 177-194. Available at: <https://obzornik.zbornica-zveza.si:8443/index.php/ObzorZdravNeg/article/view/24> [Accessed 20. January 2017].

Richmond, J.S., Berlin, J.S., Fishkind, A.B., Holloman G.H., Zeller, S.L., Wilson, M.P., Rifai, M.A. & Ng, A.T., 2012. *Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-*

escalation Workgroup. (online). Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3298202/> [Accessed 15 August 2016].

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

Sadock, B.J. & Sadock, V.A., 2007. *Sadocks synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*. Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Szarpak, L., Kurowski A. & Szlachta, T., 2013. *Knowledge and compliance use of coercive means in paramedics work*. Military Pharmacy and Medicine. Available at: <http://mil-pharm-med.pl/2013/2-6/8.pdf> [Accessed 10 October 2016].

Tschudin, V., 2004. *Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi*. Ljubljana. Educy: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, pp. 42-46.

Turčin, A., 2009. Samomorilno vedenje in samomor. In: S. Čelan Stropnik, ed. *Funkcionalno izobraževanje iz psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije*. Maribor: Univerzitetni klinični center, Oddelek za psihiatrijo, pp. 6-112.

Turk, H. & Kersnik, J., 2008. Psihotična stanja. In: Š. Grmek, ed. *Nujna stanja, 5. izd.: priručnik*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, pp. 217-219.

Turk, H., Mir, M. & Kersnik, J., 2008. Stanje akutne zmedenosti in agitacije. In: Š. Grmek, ed. *Nujna stanja, 5. izd.: priručnik*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, pp. 209-211.

Valetič, Ž., 2009. *Samomor: večplastni fenomen*. Maribor: Ozara Slovenija, p. 30.



Wayne, G., 2014. *Hildegard Peplau's Interpersonal Relations Theory*. Nurseslabs. Available at: <https://nurseslabs.com/hildegard-peplaus-interpersonal-relations-theory/> [Accessed 30 November 2016].

Weaver, J. & Wright, D., 2009. *Histories of Suicide. Internationale Perspectives on Self-Destruction in the Modern World*. Toronto: University of Toronto Press, pp. 4-9.

World Health Organization (WHO), 2016. *Suicide data*. Available at: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/) [Accessed 23 November 2016].

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

Žmitek, A., 2010. Zakon o duševnem zdravju. *Zdravstveni vestnik*, 10(9), pp. 537-543. Available at: [http://szd.si/user\\_files/vsebina/Zdravniski\\_Vestnik/2010/julij-avgust/537-43.pdf](http://szd.si/user_files/vsebina/Zdravniski_Vestnik/2010/julij-avgust/537-43.pdf) [Accessed 20 October 2016].

## 6 PRILOGE

### 6.1 INSTRUMENT

#### Vprašalnik

Sem Gašper Štremfelj, absolvent na Fakulteti za zdravstvo Jesenice. Za namen diplomske naloge z naslovom »Zdravstvena obravnava pacienta s poskusom samomora v predbolnišničnem okolju«, vas prosiva z mentorjem mag. Brankom Bregarjem za pomoč pri izvedbi raziskave. Za vaše sodelovanje se vam že vnaprej zahvaljujem!

Anketa, ki je pred vami, obravnava vprašanja poteka in vodenja intervencije pri samomorilno ogroženi osebi, oskrbo osebe ter ukrepanje v primeru upiranja nadaljnji zdravstveni obravnavi. Ugotoviti skušamo, kakšna je strokovnost, širina znanj ter ukrepanje ekipe nujne medicinske pomoči pri intervenciji s samomorilno ogroženo osebo. Anketa je anonimna in bo uporabljena izključno v raziskovalne namene.

Gašper Štremfelj

#### 1. Spol

- Moški
- Ženska

#### 2. Starost v letih

\_\_\_\_\_ let

#### 3. Stopnja izobrazbe

- srednješolska izobrazba
- višješolska ali visokošolska izobrazba
- univerzitetna izobrazba ali več
- 

#### 4. Poklic

- Reševalec
- Medicinska sestra/zdravstvenik
- Zdravnik

- Drugo: \_\_\_\_\_

**5. Koliko let ste zaposleni na delovnem mestu ekipe nujne medicinske pomoči?**

\_\_\_\_\_ let

**6. Ali ste se že srečali s samomorilno ogroženo osebo na terenu?**

- da
- ne

**7. Če ste na prejšnje vprašanje odgovorili z DA, prosim napišite kako pogosto ste se v zadnjem letu, v službi že srečali z intervencijo kjer ste obravnavali samomorilno ogroženo osebo?**

- 1x na teden
- 1x na mesec
- 1x na leto
- Večkrat na mesec, **dopišite približno koliko krat:** \_\_\_\_\_ X
- Večkrat na leto, **dopišite približno koliko krat:** \_\_\_\_\_ X

**Na vprašanji 8 in 9 odgovorite v primeru, da ste se s samomorom na terenu že srečali, v nasprotnem primeru ju preskočite in nadaljujte z vprašanjem 10.**

**8. Spodnje trditve se nanašajo na postopek samomorilne intervencije. Prosim označite od 1 – 5, v kolikšni meri se strinjate s spodaj navedenimi trditvami (1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam, delno ne strinjam; 4 – se strinjam; 5 popolnoma se strinjam).**

	<b>TRDITEV</b>	<b>OCENA</b>				
1	Za obravnavo pacienta, ki je samomorilno ogrožen potrebujem več časa, kot za druge.	1	2	3	4	5
2	Pacienta vedno vprašam o vzroku poskusa samomora.	1	2	3	4	5
3	Pogovorim se tudi s svojci pacienta po poskusu samomora.	1	2	3	4	5

4	Podatki, ki jih prejmem pri pogovoru s pacientom in s svojci po poskusu samomora, me psihično obremenjujejo	1	2	3	4	5
5	Samomor poskusijo narediti le duševno motene osebe	1	2	3	4	5
6	Pacienta, ki kaže znake samomorilnega pacienta se odpelje k osebnemu zdravniku.	1	2	3	4	5
7	Pacienta, ki kaže znake samomorilnega pacienta se odpelje k osebnemu psihiatru.	1	2	3	4	5
8	Pacienta, ki kaže znake samomorilnega pacienta se odpelje k dežurnemu oziroma k urgentnemu zdravniku.	1	2	3	4	5
9	Pacienta, ki kaže znake samomorilnega pacienta se odpelje k psihiatrično bolnišnico.	1	2	3	4	5

**9. S katerim načinom samomora ste se na terenu že srečali (možnih je več odgovorov)?**

- Obešanje
- Orožje, ostri predmeti
- Skok v globino, pod vlak
- Zastrupitve
- Utopitve
- Drugo: \_\_\_\_\_

**10. Spodnje trditve se nanašajo na vzrok samomora. Prosim označite od 1 – 5, v kolikšni meri se strinjate s spodaj navedenimi trditvami (1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam, delno ne strinjam; 4 – se strinjam; 5 popolnoma se strinjam).**

	TRDITEV	OCENA				
1	Vzroki, zaradi katerih ljudje poskušajo storiti samomor, so upravičeni	1	2	3	4	5
2	Samomor je klic na pomoč.	1	2	3	4	5
3	S samomorom oseba nekaj želi izsiliti.	1	2	3	4	5

4	Samomor je beg pred neznosno psihično bolečino.	1	2	3	4	5
5	Samomor je reakcija na trenutno osebno krizo.	1	2	3	4	5
6	Samomor je želja osebe po smrti.	1	2	3	4	5

**11. Spodnje trditve se nanašajo na vaše občutke ob srečanju s samomorilno ogroženo osebo/posameznikom .... Prosim označite od 1 – 5, v kolikšni meri se strinjate s spodaj navedenimi trditvami (1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam, delno ne strinjam; 4 – se strinjam; 5 popolnoma se strinjam).**

	TRDITEV	OCENA				
1	Pri delu s pacientom po poskusu samomora me obdaja občutek strahu.	1	2	3	4	5
2	Pri delu s pacientom po poskusu samomora me obdaja občutek jeze.	1	2	3	4	5
3	Pri delu s pacientom po poskusu samomora me obdaja občutek žalosti.	1	2	3	4	5
	Pri delu s pacientom po poskusu samomora me obdaja občutek prizadetosti.	1	2	3	4	5
3	Pri delu s pacientom po poskusu samomora me obdaja neprijeten občutek.	1	2	3	4	5
4	Pri delu s pacientom po poskusu samomora me ne obdajajo posebni občutki.	1	2	3	4	5

**12. Spodnje trditve se nanašajo na obravnavo samomorilno ogrožene osebe na terenu. Prosim označite od 1 – 5, v kolikšni meri se strinjate s spodaj navedenimi trditvami (1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam, delno ne strinjam; 4 – se strinjam; 5 popolnoma se strinjam).**

	TRDITEV	OCENA				
1	K pacientu pristopamo na način, da upoštevamo njegovo stanje in pripravljenost za sodelovanje.	1	2	3	4	5

<b>2</b>	Zahtevnost intervencije se razlikuje od pristopa k pacientu.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	V primerih, ko pacient ogroža sebe in okolico, se ekipa nujne medicinske pomoči lahko odloči tudi za hospitalizacijo proti pacientovi volji.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	Intervencije s prisilno hospitalizacijo so stresne za ekipo nujne medicinske pomoči.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>5</b>	Intervencije s prisilno hospitalizacijo so stresne za pacienta	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>6</b>	Če je le možno, se hospitalizacijo izvede brez prisile.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>7</b>	Ekipa nujne medicinske pomoči poskuša pacienta najprej umiriti s pogovorom.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>8</b>	Ekipa nujne medicinske pomoči skuša pridobiti strinjanje pacienta s hospitalizacijo.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>9</b>	Ekipa nujne medicinske pomoči skuša pridobiti zaupanje pacienta.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>10</b>	Celotna ekipa nujne medicinske pomoči je odgovorna za varnost pacienta, kot tudi za varnost celotne ekipe.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>11</b>	Dogajanje na intervenciji z uporabo fizične prisile je zelo stresno.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>12</b>	Prisilni ukrepi na samomorilni intervenciji morajo biti čim bolj obzirni.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>13</b>	Prisilni ukrepi na samomorilni intervenciji se stopnjujejo glede na nasilje pacienta.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>14</b>	Poskušamo najti način, kako bi se pacient lažje spopadel s svojimi težavami.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>15</b>	Ekipa nujne medicinske pomoči mirno posluša pacienta, brez takojšnje želje po reševanju težav.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>16</b>	Pri obravnavi pacienta po samomorilnem dejanju pazimo na ustrezen terapevtski odnos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

### 13. Ste se že srečali s prisilno hospitalizacijo samomorilne osebe?

- o Da

- Ne

**14. Ali ste bili ob hospitalizaciji samomorilne osebe že ogroženi oz. napadeni?**

- Da
- Ne

**15. Ali ste že uporabili prisilne varovalne ukrepe za hospitalizacijo samomorilne osebe?**

- Da
- Ne

**16. Kakšna je običajno sestava ekipe nujne medicinske pomoči, kadar greste na intervencijo na kateri je potrebna uporaba posebnih varovalnih ukrepov?**

- Zdravnik in en reševalec (ZT ali dipl.zn.)
- Dva reševalca (ZT ali dipl.zn.)
- Zdravnik in dva reševalca (ZT ali dipl.zn.)

**17. Kateri način oviranja od vseh naštetih, ste najpogosteje uporabili pri samomorilno ogroženih osebah, na intervenciji? Prosim označite od 1 – 5, v kolikšni meri se strinjate s spodaj navedenimi trditvami (1 – nikoli; 2 – zelo redko; 3 – redko; 4 – pogosto; 5 – zelo pogosto).**

1	TRDITEV	OCENA				
		1	2	3	4	5
1	Prisilni jopič	1	2	3	4	5
2	Vežanje (oviranje) pacienta s pasovi na zajemalna nosila	1	2	3	4	5
3	Vežanje (oviranje) pacienta s pasovi na kardiološki stol	1	2	3	4	5
4	Oviranje pacienta s policijskimi lisicami ali vezicami (to opravijo policisti, vi pa ste poleg prisotni)	1	2	3	4	5
5	Oviranje pacienta s standardnimi pasovi za oviranje z magnetnim sistemom (Segu-fix pasovi)	1	2	3	4	5
6	Drugo	1	2	3	4	5

**18. Spodnje trditve se nanašajo na uporabo prisilnih ukrepov pri posamezniku, ki je samomorilno ogrožen. Prosim označite od 1 – 5, v kolikšni meri se strinjate s**

spodaj navedenimi trditvami (1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam, delno ne strinjam; 4 – se strinjam; 5 popolnoma se strinjam).

	<b>TRDITEV</b>	<b>OCENA</b>				
<b>1</b>	Uporabo prisilnih ukrepov, na intervenciji, kjer se uporablja uporaba prisilnih ukrepov odredi zdravnik.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	Uporabo prisilnih ukrepov, na intervenciji, kjer se uporablja uporaba prisilnih ukrepov odredi reševalec (ZT ali dipl. zn.).	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	Uporabo prisilnih ukrepov, na intervenciji, kjer se uporablja uporaba prisilnih ukrepov odredita reševalec in zdravnik skupaj.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

19. Spodnje trditve se nanašajo znanje ekipe nujne medicinske pomoči pri obravnavi pacienta, ki je samomorilno ogrožen. Prosim označite od 1 – 5, v kolikšni meri se strinjate s spodaj navedenimi trditvami (1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam, delno ne strinjam; 4 – se strinjam; 5 popolnoma se strinjam).

	<b>TRDITEV</b>	<b>OCENA</b>				
<b>1</b>	Spremljam dogajanje in prebiram prispevke na temo samomor.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	Imam dovolj znanja za obravnavo pacienta s samomorilnim vedenjem.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	Želim, da bi bilo več izobraževanj na temo samomora.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	Teoretičnega znanja glede obravnave pacienta s samomorilnim vedenjem imam dovolj.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>5</b>	Praktičnih izkušenj glede obravnave pacienta s samomorilnim vedenjem imam dovolj.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>6</b>	Tako teoretičnega znanja, kot praktičnih izkušenj glede obravnave pacienta s samomorilnim vedenjem imam dovolj.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>



7	Potrebujem dodatno znanje in izobraževanje za obravnavo pacienta, ki je samomorilno ogrožen.	1	2	3	4	5
---	--	---	---	---	---	---

**20. Prosim, dopolnite spodnji stavek.**

Zdravstveni reševalci si pri komunikaciji s pacientom pomagajo s teorijo \_\_\_\_\_, ki govori o interakcijskem modelu medosebnega odnosa.

**6.2 SOGLASJA**

### SOGLASJE ZAVODA K RAZISKOVANJU

Zdravstveni / socialni zavod: ZDRAVSTVENI DOM MURSKA SOBOTA  
GRADSKA UL. 24; 9000 M. SOBOTA

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto): BOŠTJAN TURZA, dipl. zn.  
PELOČNIK DIREKTORKE ZA PODOČJE ZN

**Odgovorna oseba za izvedbo raziskave v zavodu – kontaktna oseba za študenta:**

SIMON SEDONKA, dipl. ziv. - VODJA REZERVNE SLUŽBE IN COORDINATOR ZA ZN V SKUPN.  
tel.: (02) 534 13 10, e-naslov: simon.sedonka@zdr-mur.si

**Študentu/ki (ustrezno obkrožite):**

- a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v diplomskem delu.
- b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah fakultete in izven.
- c) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.

**Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente** (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

\_\_\_\_\_

Sklep organa: \_\_\_\_\_ je bil, da se navedena raziskava ne more opraviti v našem zavodu.  
Kratka razlaga, zakaj raziskave ni mogoče izvesti v vašem zavodu:

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda: \_\_\_\_\_

Kraj in datum: M. SOBOTA; 25.05.2016



**SOGLASJE ZAVODA K RAZISKOVANJU**

Zdravstveni / socialni zavod: ZDRAVSTVENI DOM DOMŽALE  
MESTNI TRG 2 1230 DOMŽALE

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto): TINA URANKAR pomočnica dir. za ZN

Odgovorna oseba za izvedbo raziskave v zavodu – kontaktna oseba za študenta:

URANKAR TINA

tel.: 01172-45-218, e-naslov: tina.urankar@zcl-domzale.si

Študentu/ki (ustrezno obkrožite):

- a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v diplomskem delu.
- b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah fakultete in izven.
- c) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.

Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

Sklep organa: \_\_\_\_\_ je bil, da se navedena raziskava ne more opraviti v našem zavodu.  
Kratka razlaga, zakaj raziskave ni mogoče izvesti v vašem zavodu:

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda: \_\_\_\_\_

Kraj in datum: DOMŽALE



## SOGLASJE ZAVODA K RAZISKOVANJU

Zdravstveni / socialni zavod: \_\_\_\_\_



Stara cesta 10, 4220 Škofja Loka

IOE Zdravstveni dom Škofja Loka

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto): DIREKTORICA SABINA DIETNER  
dr. med., spec. MDPS

**Odgovorna oseba za izvedbo raziskave v zavodu – kontaktna oseba za študenta:**

VOJKO ANDERLE, dipl. z. t.

tel.: 04 502 00 00, e-naslov: vojko.anderte@zd-loka.si  
04 502 00 70

**Študentu/ki (ustrezno obkrožite):**

- a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v diplomskem delu.
- b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah fakultete in izven.
- c) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.

**Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente** (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

Sklep organa: \_\_\_\_\_ je bil, da se navedena raziskava ne more opraviti v našem zavodu.

Kratka razlaga, zakaj raziskave ni mogoče izvesti v vašem zavodu:

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda: \_\_\_\_\_

OSNOVNO ZDRAVSTVO GORENJSKE



Stara cesta 10, 4220 Škofja Loka

IOE Zdravstveni dom Škofja Loka

Kraj in datum: Šk. Loka, 23.5.2016

**SOGLASJE ZAVODA K RAZISKOVANJU**

Zdravstveni / socialni zavod: OSNOVNO ZDRAVSTVO GORENJSKE  
OE ZDRAVSTVENI DOM TRZIC

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto): prim. dr. BOVE TOMAZIN  
direktor

**Odgovorna oseba za izvedbo raziskave v zavodu – kontaktna oseba za študenta:**

MARJETA NOVŠAK  
tel.: 04 598 2221, e-naslov: marjeta.novsak@zd-trzic.si

**Študentu/ki (ustrezno obkrožite):**

- a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v diplomskem delu.  
 b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah fakultete in izven.  
 c) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.

**Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):**

Sklep organa: \_\_\_\_\_ je bil, da se  
navedena raziskava ne more opraviti v našem zavodu.

Kratka razlaga, zakaj raziskave ni mogoče izvesti v vašem zavodu:



Podpis odgovorne osebe in žig zavoda: \_\_\_\_\_

Kraj in datum: TRZIC 25-05-2016

**SOGLASJE ZAVODA K RAZISKOVANJU**

Zdravstveni / socialni zavod: ZD KAMNIK

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto): OSJENIK MILIČKA  
DIREKCIJA: NIŠO NEBOV, dr. med. spec. delo ml.

Odgovorna oseba za izvedbo raziskave v zavodu – kontaktna oseba za študenta:  
OSJENIK MILIČKA

tel.: 01 8518610, e-naslov: milic.k@zdravstveni-dom-kamnik.si

Študentu/ki (ustrezno obkrožite):

- a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v diplomskem delu.
- b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah fakultete in izven.
- c) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.

**Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente** (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

Sklep organa: \_\_\_\_\_ je bil, da se navedena raziskava ne more opraviti v našem zavodu.

Kratka razlaga, zakaj raziskave ni mogoče izvesti v vašem zavodu:

ZDRAVSTVENI DOM  
Dr. JULIJA POLCA  
KAMNIK

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda: [Podpis]

Kraj in datum: Kamnik: 2.6.16

**SOGLASJE ZAVODA K RAZISKOVANJU**

Zdravstveni / socialni zavod: OE - OE ZD BLED, BOHINJ

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto): Mag. Leopold Rozic, dr. med.  
Prejatelj

Odgovorna oseba za izvedbo raziskave v zavodu – kontaktna oseba za študenta:

Mag. Rozic

tel.: 04 5114000, e-naslov: mag.rozic@gmail.com

Študentu/ki (ustrezno obkrožite):

- a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v diplomskem delu.
- b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah fakultete in izven.
- c) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.

Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

Sklep organa: \_\_\_\_\_ je bil, da se navedena raziskava ne more opraviti v našem zavodu.  
Kratka razlaga, zakaj raziskave ni mogoče izvesti v vašem zavodu:

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda: \_\_\_\_\_

Kraj in datum: Bled, 26/5/2016



**SOGLASJE ZAVODA K RAZISKOVANJU**

Zdravstveni / socialni zavod: ZDRAVSTVENI DOM CELJE

Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto): MAG. ALENKA OBRUL  
DIREKTORICA

Odgovorna oseba za izvedbo raziskave v zavodu – kontaktna oseba za študenta:


VLADKA VOVK, mag. ZN  
tel.: 03 5434 000, e-naslov: VLADKA.VOVK@ZD-CELJE.SI

Študentu/ki (ustrezno obkrožite):

- a) Dovoljujem opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v diplomskem delu.  
 b) Dovoljujem objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah fakultete in izven.  
 c) Ne dovoljujem izvedbe raziskave.

**Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente** (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

Sklep organa: \_\_\_\_\_ je bil, da se navedena raziskava ne more opraviti v našem zavodu.  
Kratka razlaga, zakaj raziskave ni mogoče izvesti v vašem zavodu:

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda: MAG. ALENKA OBRUL 

Kraj in datum: Celje, 26.6.2016



**SOGLASJE ZAVODA K RAZISKOVANJU**

Zdravstveni / socialni zavod: ZD MARIBOR



Odgovorna oseba (ime, priimek, delovno mesto): MILENA FRANKIČ, gmsz  
kontakt za raziskavo: ALEXANDER JUS, dipl. inž. 051 394 811

Odgovorna oseba za izvedbo raziskave v zavodu – kontaktna oseba za študenta:

MILENA FRANKIČ

tel.: 051394396, e-naslov: milenafrankic@zd-mb.si

Študentu/ki (ustrezno obkrožite):

- a) Dovoljujemo opravljanje raziskave v našem zavodu in uporabo imena zavoda v diplomskem delu.
- b) Dovoljujemo objavo rezultatov raziskave v člankih in prispevkih na konferencah fakultete in izven.
- c) Ne dovoljujemo izvedbe raziskave.

**Etični vidik, v primeru, da raziskava vključuje paciente** (navedite sklep organa v zavodu, ki je dal soglasje k izvedbi raziskave iz etičnega vidika):

*/*

Sklep organa: \_\_\_\_\_ je bil, da se navedena raziskava ne more opraviti v našem zavodu.

Kratka razlaga, zakaj raziskave ni mogoče izvesti v vašem zavodu:

Podpis odgovorne osebe in žig zavoda: \_\_\_\_\_



Kraj in datum: 19.5.2016

SKUPINA ZA RAZISKOVANJE V ZDRAVSTVENI IN BABIŠKI NEGI V UKC LJUBLJANA  
Področje za zdravstveno nego in oskrbo  
UKC Ljubljana  
Zaloška 2  
E raziskave.zbn@kclj.si

ODGOVOR NA VLOGO ZA IZVEDBO RAZISKAVE

Vloga prispela dne:  
20. 5. 2016

Podatki o kandidatu	
Ime	Gašper
Priimek	Štremfelj
Naslov bivališča	Stara Loka 82, 4220 Škofja Loka
Naslov raziskave	Zdravstvena obravnava pacienta s samomorilnim vedenjem v predbolnišničnem okolju

Kandidatu / tki (ustrezno označite):

- a) Se odobri izvedba raziskave v UKC Ljubljana.
- b) Ne odobrimo izvedbo raziskave v UKC Ljubljana.

Predstavitev raziskave:

Rezultate raziskave boste posredovali oz. predstavili tudi Skupini za raziskovanje v zdravstveni in babiški negi v UKCL v pisni obliki. Povzetek raziskave lahko pošljete v elektronski obliki na naš e-naslov.

Datum: 7. 6. 2016

Podpis odgovorne osebe: Anita Jelen, mag. zdr. nege, ET,  
Vodja Skupine za raziskovanje v zdravstveni in babiški negi v UKCL

Anita Jelen 

\_\_\_\_\_

ZDRAVSTVENI D M KRAWJ

6

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

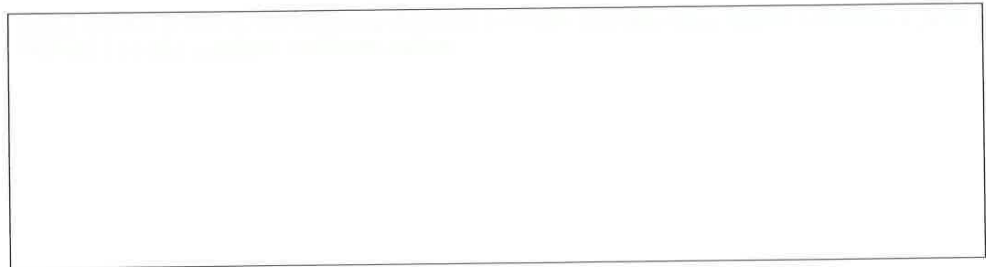
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- a)
- b)
- c)



\_\_\_\_\_

GANTAR RA, Ed. SPEC.

KRAWJ, 27.05.2016

