



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**POZNAVANJE DEESKALACIJSKIH TEHNIK
MED ŠTUDENTI IN DIPLOMANTI
FAKULTETE ZA ZDRAVSTVO ANGELE
BOŠKIN**

**KNOWLEDGE OF DE-ESCALATION
TECHNIQUES AMONG STUDENTS AND
GRADUATES OF THE ANGELA BOŠKIN
FACULTY OF HEALTH CARE**

Mentor: mag. Branko Bregar, viš. pred. Kandidatka: Klavdija Bahun

Jesenice, september, 2018

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorju mag. Branku Bregarju, viš. pred., za vse usmeritve in nasvete, potrpežljivost, ponujeno pomoč, namenjen čas in spodbudo med pripravo diplomskega dela. Zahvala tudi ge. Marjani Bernot, viš. pred., za recenzijo diplomskega dela.

Hvala statističarki ge. Špeli Šanca za pomoč pri urejanju podatkov in razlagi statistike ter ge. Anji Blažun za lektoriranje diplomskega dela.

Iskrena hvala vsem študentom, absolventom, diplomantom in študentom druge stopnje Fakultete za zdravstvo Angele Boškin za pomoč pri raziskavi.

Posebna zahvala tudi moji družini, fantu Stojanu, prijateljem in sodelavkam za podporo med študijem, za pomoč pri pripravi diplomskega dela in za motivacijo med pisanjem. Hvala za vse spodbudne besede in omogočanje zastavljenega cilja.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Agresija je napadalni proces z namenom škodovanja drugi osebi, ki pa se ga tudi da uspešno preprečiti z deeskalacijo in uporabo deeskalacijskih tehnik. Diplomsko delo opredeljuje poznavanje in uporabo deeskalacijskih tehnik med študenti in diplomanti Fakultete za zdravstvo Angele Boškin.

Cilj: Opredeliti poznavanje, uporabo in odnos do deeskalacijskih tehnik med študenti in diplomanti Fakultete za zdravstvo Angele Boškin.

Metoda: Raziskava je temeljila na neeksperimentalni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja z uporabo strukturiranega elektronskega vprašalnika. V vzorcu je sodelovalo skupno 228 študentov dodiplomskega študija, absolventov, diplomantov in študentov podiplomskega študija Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Podatki so bili analizirani z računalniškim programom IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0 (IBM Corp., New York). Rezultati so prikazani s pomočjo osnovne opisne statistike in bivariantnih statističnih metod (p-vrednost statistične pomembnosti, $p < 0,05$).

Rezultati: Ženske bi prej aplicirale terapijo za pomiritev ($r = 0,148$, $p = 0,027$), medtem ko moški bolj zaupajo deeskalaciji ($r = -0,137$, $p = 0,042$). Mlajši anketirani so mnenja, da se pacienta, ki je agitiran, umiri s kričanjem ($r = -0,283$, $p = 0,001$), starejših anketiranih pa je pacientov, ki so agitirani, bolj strah in bi hitreje uporabili druge ukrepe za preprečevanje agresije ($r = -0,140$, $p = 0,037$). Študenti višjih letnikov, absolventi in diplomanti se bolj strinjajo, da so deeskalacijske tehnike uporabne ($t = 7,011$, $p = 0,009$).

Razprava: Študenti in diplomanti Fakultete za zdravstvo Angele Boškin zadovoljivo poznajo deeskalacijske tehnike, se zavedajo pomena terapevtskega odnosa in bi si želeli več izobraževanj s področja deeskalacije. V prihodnosti bi bilo treba opraviti nadaljnje raziskave s področja obravnave pacientov, ki so agitirani, in uporabe deeskalacijskih tehnik.

Ključne besede: nasilje v zdravstveni negi, agresija v zdravstveni negi, deeskalacija, psihiatrija, medicinska sestra

SUMMARY

Theoretical background: Aggression is an abusive process with the purpose of harming another person, but can also be successfully prevented with de-escalation and by using de-escalation techniques. This thesis defines the use and knowledge of de-escalation techniques among the students and graduates of the Angela Boškin Faculty of Health Care.

Objective: To define the knowledge and use of as well as attitude towards de-escalation techniques among the students and graduates of the Angela Boškin Faculty of Health Care.

Method: The research was based on a non-experimental quantitative method of empirical research using a structured e-questionnaire. The sample included a total of 228 undergraduate and postgraduate students, graduate degree candidates and graduates from the Angela Boškin Faculty of Health Care. The data were analyzed using IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0 (IBM Corp., New York). The results are shown using the basic descriptive statistics and bivariate statistical methods (p-value which determines statistical significance, $p < 0.05$).

Results: Women would have used the tranquilization therapy earlier ($r = 0.148$, $p = 0.027$), while men are more likely to trust de-escalation ($r = -0.137$, $p = 0.042$). Younger respondents believe that an agitated patient should be calmed with screaming ($r = -0.283$, $p = 0.001$), while older respondents are more afraid of agitated patients and are more likely to use other measures to prevent aggression ($r = -0.140$, $p = 0.037$). Students from higher years, graduate degree candidates and graduates agree more that de-escalation techniques are useful ($t = 7.011$, $p = 0.009$).

Discussion: Students and graduates of the Angela Boškin Faculty of Health Care are well acquainted with de-escalation techniques, they are aware of the importance of therapeutic relationships and would like more education in this field. Further research on treatment of agitated patients and the use of de-escalation techniques is necessary in future.

Key words: violence and nursing, aggression and nursing, de-escalation, psychiatry, nurse

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	2
2.1	NA SPLOŠNO O AGRESIJI IN NASILJU	2
2.2	DEESKALACIJSKE TEHNIKE	5
2.2.1	Veščine izvajalca.....	6
2.2.2	Terapevtski odnos.....	7
2.2.3	Posredovanje	7
2.2.4	Ocena pacienta in okolja	7
2.2.5	Strategija.....	8
2.2.6	Neverbalne deeskalacijske tehnike.....	9
2.2.7	Verbalne deeskalacijske tehnike	9
2.3	POZNAVANJE DEESKALACIJSKIH TEHNIK V SVETU	11
2.4	POZNAVANJE DEESKALACIJSKIH TEHNIK V SLOVENIJI.....	17
2.5	POZNAVANJE DEESKALACIJSKIH TEHNIK MED ŠTUDENTI IN DIPLOMANTI V SVETU IN V SLOVENIJI.....	18
3	EMPIRIČNI DEL	22
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	22
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	22
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	23
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	23
3.3.2	Opis merskega instrumenta	23
3.3.3	Opis vzorca.....	24
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	26
3.4	REZULTATI.....	27
4	RAZPRAVA	41
5	ZAKLJUČEK	47
6	LITERATURA	48
7	PRILOGE	
7.1	INSTRUMENT	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Preverjanje zanesljivosti merskega inštrumenta.....	24
Tabela 2: Demografski podatki anketiranih	25
Tabela 3: Delovni status anketiranih	26
Tabela 4: Anketirani po združenih letnikih	26
Tabela 5: Poznavanje deeskalacijskih tehnik	27
Tabela 6: Poznavanje deeskalacijskih tehnik glede na skupine letnikov študija.....	28
Tabela 7: Načela deeskalacije.....	29
Tabela 8: Načela deeskalacije glede na skupine letnikov študija.....	30
Tabela 9: Povezava med poznavanjem načel deeskalacije ter starostjo in delovno dobo	31
Tabela 10: Uporaba deeskalacijskih tehnik v kliničnem okolju.....	33
Tabela 11: Uporaba deeskalacijskih tehnik v kliničnem okolju po skupinah letnikov študija	33
Tabela 12: Pogostost stika anketiranih s pacienti, ki so agitirani, glede na letnik študija	34
Tabela 13: Poznavanje in uporaba deeskalacijskih tehnik	35
Tabela 14: Povezanost med poznavanjem in uporabo deeskalacijskih tehnik ter demografskimi podatki	35
Tabela 15: Povezanost med poznavanjem in uporabo deeskalacijskih tehnik ter starostjo anketiranih	37
Tabela 16: Razlike v uporabi deeskalacijskih tehnik glede na skupine letnikov študija	38
Tabela 17: Razlike v uporabi deeskalacijskih tehnik glede na spol	39
Tabela 18: Izobraževanje o deeskalacijskih tehnikah	39

1 UVOD

Nasilje. Beseda, ki jo danes vse pogosteje slišimo oziroma se z njo tudi srečamo. Medtem ko to vedenje vrednotimo različno, naprimer kot večina, da gre za kaznivo dejanje, je za nekatere postalo sestavni del njihovega vsakdanjika – poklica, poklica v zdravstvu in zdravstveni negi. Najdemo lahko veliko več literature na temo nasilja v zdravstvu, kot si predstavljamo, raziskave pa kažejo na kar 63–94 % verbalnega in 22–72 % fizičnega nasilja (Grogler, 2009; Berlando De Quiros, et al., 2015; Park, et al., 2015 cited in Bojić, 2016, p. 5). Podatek, da se skoraj vsi zaposleni v zdravstvu srečujejo z nasiljem, je zaskrbljujoč. Še vedno se največ nasilja pojavlja v psihiatričnih smereh zdravstvene oskrbe in na področju nujne medicinske pomoči (Price & Baker, 2012; Richmond, et al., 2012; Kang- Pan, et al., 2012; Gauba, 2014; Bernaldo-De-Quiros, et al., 2015). Ker pa v zdravstvu in zdravstveni negi delamo s pacientom in za pacienta, so učinkovita rešitev za preprečevanje tovrstnega nasilja deeskalacijske tehnike. Gre za poseben (naučen) pristop do pacienta, ki je vznemirjen (agitiran), z namenom preprečitve nastanka nasilja. Poznamo več elementov deeskalacije – verbalne in neverbalne deeskalacijske tehnike, pristop do agitiranega pacienta, terapevtski odnos in podobno (Price & Baker, 2012; Richmond, et al., 2012).

Raziskovalno je tema v Sloveniji manj poznana, zato smo se odločili raziskati poznavanje deeskalacije in deeskalacijskih tehnik med študenti dodiplomskega in podiplomskega študija, absolventi in diplomanti Fakultete za zdravstvo Angele Boškin, in sicer z namenom preveriti uspešnost dosedanjega izobraževanja s področja nasilja, agitacije, obravnave potencialno nasilnih pacientov, deeskalacije in deeskalacijskih tehnik. Zajeta populacija v vzorcu so bodoči zdravstveni delavci, ki so kot poklicna skupina ena izmed bolj ogroženih v smislu izpostavljenosti nasilju, zato jih je treba na klinično okolje pripraviti, da bodo lahko v prihodnosti zaščitili tako sebe kot paciente, ki so jim zaupani v oskrbo. Z netradicionalnimi metodami lahko uspešno obravnavajo paciente, ki zahtevajo uporabo deeskalacije, in s tem pripomorejo k zmanjševanju stigmatizacije in izboljševanju terapevtskega odnosa, kar je ključnega pomena v obravnavi vseh pacientov, ki vstopajo z naš zdravstveni sistem.

2 TEORETIČNI DEL

Agresija je vedenje, s katerim želimo nekemu škodovati, in je napadalni proces prevladovanja premoči nad drugim (Kolman, 2009). V svetu obstaja več definicij agresije. Oxfordov slovar (Krek, 2006) jo opredeljuje kot »občutke jeze ali antipatije, ki se kaže kot sovražno ali nasilno vedenje; pripravljenost na napad ali soočenje«. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) (n.d.) je definirala nasilje kot »namerno uporabo fizične sile ali moči, z namenom ustrahovanja ali dejanskega nasilja, proti sebi ali drugi osebi/skupnosti, ki se kaže z veliko verjetnostjo, da bo povzročila poškodbo, smrt, psihološko škodo, slabo razvitost ali deprivacijo«.

2.1 NA SPLOŠNO O AGRESIJI IN NASILJU

Besedi agresija in nasilje imata sicer negativen prizvok, vendar v vrednostnem sistemu našega okolja njun pomen ni samo negativen. V več spektrih agresivnosti lahko govorimo tudi o pozitivni agresiji, kot je na primer konstruktivna agresivnost, ki opredeljuje človeško samozavest in odločnost. Vendar pa se veliko bolj osredotočamo na t. i. destruktivno agresivnost ter s tem povezane različne oblike nasilja in nasilnega vedenja. V zdravstveni negi na področju psihiatrije se velikokrat srečamo s temo nasilja – povezano je s stigmatizacijo pacienta z duševno motnjo, a psihiatrična diagnoza ni nič večji dejavnik tveganja za povečanje možnosti agresije in nasilnega vedenja kot med splošno populacijo. Agresija in nasilje se v psihiatriji ocenjujeta, vendar le kot del psihopatologije bolezni in ne kot posamična duševna motnja ali bolezen (Grogler, 2009; Močnik, 2009).

Etiologijo agresivnosti opisujejo v povezavi s poškodbami možganov, z operacijami, epilepsijo, mejno osebnostno motnjo (BPD oziroma angl. *borderline personality disorder*) ter primanjkljajem pozornosti in motnjo hiperaktivnosti (ADHD oziroma angl. *attention deficit hyperactivity disorder*). Pri osebah, ki trpijo za temi stanji, govorimo o neizzvani, neusmerjeni in nenačrtovani agresiji, zato jo je težje prepoznati (Grogler, 2009; Ende, et al., 2016). Popolnoma drugo stanje lahko pričakujemo pri osebah v akutnem alkoholnem opoju, po zaužitju nekaterih drog, lahko tudi pri pacientih z depresijo, shizofrenijo in pri pacientih z obsesivno kompulzivno motnjo. Večjo nagnjenost k

agresivnosti prepisujemo moškemu spolu in osebam z nizko splošno inteligenco, ki naj bi bila vezana na nizko stopnjo izobraženosti, tistim s pomanjkanjem skrbi za posledice, ki jih prinesejo neustrezna vedenja, osebam, ki so slabo socializirane in tistim z nizko samozavestjo ter slabo sposobnostjo reševanja težav. Velik del odgovornosti za pojav agresivnosti ima tudi okolje, v katerem živimo: vplivi, ki povečajo tveganje, so domače nasilje, zloraba otrok, nedosledna vzgoja, prestopništvo staršev in ločitev staršev. Socialni dejavniki, ki so danes bolj v porastu preko računalniškega nasilja, so prav tako del povečanega tveganja za agresivnost, tako govorimo o že omenjenem računalniškem/internetnem nasilju, frustraciji in neposredni provokaciji. Najpogosteje nasilno vedenje zasledimo pri pacientih z zgodovino nasilnega vedenja, pri osebah s prisotnostjo delirija, demence ali intoksikacije z alkoholom in/ali drogami, pri zmanjšani kontroli jeze in impulzivnosti, pri imperativnih halucinacijah, pri jasno izraženi nameri po nasilju in pri paranoidnih miselnih vsebinah (Grogler, 2009; Korcha, et al., 2013; Fazel, et al., 2014).

Ko govorimo o agresiji, ne govorimo o nasilju. Literatura navaja, da naj bi bila agresija posledica nepremostljivih ovir pri izpolnjevanju zelenega cilja. Želja po premagovanju teh ovir pa se spremeni v nasilje (Grogler, 2009). Definicija nasilja govori o obliki vedenja z namenom prizadeti oziroma raniti drugega, ki se temu ravnanju želi izogniti (Gavranić, 2009). Nasilno vedenje vključuje verbalne grožnje, ustrahovanje in postopno stopnjevanje v fizično nasilje in napad, lahko tudi do umora. Literatura navaja, da gre za obliko človeškega vedenja, ki kaže posebnost v reagiranju oziroma v delovanju možganov v različnih situacijah, pri katerih so najbolj izpostavljene stresne okoliščine. Obstaja tudi možnost, da gre za znak ali simptom nekaterih telesnih, nevroloških in psihiatričnih bolezni (Grogler, 2009; Korcha, et al., 2013; Fazel, et al., 2014). Grogler (2009) je nasilno vedenje razdelil v tri oblike – primarno, sekundarno in terciarno. Primarno nasilno vedenje je bolezenski proces v možganih, ki ga notranji ali zunanji dražljaji stopnjujejo iz agresivnosti v nasilje. Sekundarno nasilno vedenje opredeljuje posameznikov odgovor na bolj ali manj prikrite zunanje dražljaje. Terciarno nasilno vedenje pa je neposreden izraz, povezan s psihopatologijo (slušne halucinacije, blodnje ali kvalitativne motnje zavesti v smislu napačne interpretacije dražljaja).

Obravnava pacienta, ki je agitiran, predstavlja nujno ukrepanje, lahko tudi sprejem v psihiatrično bolnišnico. Zajema oceno tveganja za nasilno vedenje, ki jo izvajamo s tremi preprostimi in neposrednimi vprašanji, uporabo deeskalacije, druge ocenjevalne lestvice in heteroanamnezo (svojci, lahko tudi npr. reševalci ali policija) (Grogler, 2009; Price & Baker, 2012; Richmond, et al., 2012; Bernaldo-De-Quiros, et al., 2015). Medikamentno oviranje se izvaja najpogosteje z benzodiazepini in antipsihotiki (95 %), lahko tudi s kombinacijo (76 % pacientov je zdravljenih monoterapevtsko, 20 % pa kombinacijsko), velikokrat še v povezavi s fizičnim oviranjem. Fizično oviranje izvajamo kar se da redko, vedno in zgolj zaradi zaščite pacienta in osebja, izvedeno mora biti s standardnimi pasovi, ustrezno usposobljeno osebje pa ga mora stalno nadzorovati (Grogler, 2009; Isenberg & Jacobs, 2015; Mohr, et al., 2017).

Nasilno vedenje pogosto vrednotimo različno. V nekaterih primerih ga štejemo za kaznivo dejanje, v drugih pa je postalo sestavni del poklica – sem spadajo vsi poklici v zdravstvu. Literatura govori, da je največ nasilja izraženega prav v zdravstvu in zdravstveni negi, ker zaposleni preživijo največ časa s pacienti, ki so neprestano v aktivnem okolju s stalnimi nabitimi čustvi (Hahn, et al., 2012). Nasilje v zdravstvu je kar trikrat pogostejše kot v kateremkoli drugem poklicu in je na delovnem mestu ključna težava v očeh zaposlenih v zdravstveni negi (Kang-Pan, et al., 2012). Raziskava Kang-Pana in sodelavcev (2012) je pokazala, da je kar 49,3 % zaposlenih doživelo verbalno nasilje, 30,6 % verbalno in fizično skupaj ter 1,7 % samo fizično nasilje, skupna prevalenca nasilja v enem letu je znašala 81,5 %. Podobne rezultate navajajo tudi Bernaldo-De-Quiros in sodelavci (2015): zaposleni v njihovi raziskavi so se z verbalnim nasiljem srečali v 87 %, s fizičnim nasiljem pa v 42 %. Navajajo tudi dva najpogostejša vzroka za izbruh agresije; prvi je nestrinjanje z zdravstveno obravnavo (v 36 %) in drugi čakalna doba na obravnavo (v 29 %). Bridge in sodelavci (2015) so prav tako prišli do zelo podobnih rezultatov. 53 % zaposlenih se je srečalo z nasiljem, 44 % jih je pričalo o izbruhu nasilja, 61 % pa jih je zaznalo nasilje, usmerjeno proti sodelavcu. Ugotovili so še, da se je po izpostavljenosti nasilju povečala skrb za osebno varnost (29 %), vpliv nasilja se je prikazal tudi v nadaljnjem pristopu osebja k zdravljenju teh pacientov (15 %), delovna uspešnost zaposlenih pa se je poslabšala (12 %).

Nasilje in agresija lahko negativno vplivata na zaposlene. Omenjeni so problematika večje odsotnosti z dela, večji stres, nižja morala, visoka fluktuacija in posledično tudi veliko prostih delovnih mest. Problematika torej dolgoročno ovira učinkovitost izvajanja zdravstvene obravnave in s tem povečuje tveganje za neželene dogodke (Papadopoulos, et al., 2012). Dokazali so, da se največ nasilja dogaja prav na področju psihiatrije in nujne medicinske pomoči (Price & Baker, 2012; Richmond, et al., 2012; Kang- Pan, et al., 2012; Gauba, 2014; Bernaldo-De-Quiros, et al., 2015). Zaposleni v zdravstvu so tako postavljeni pred zapleten izziv pri zdravstveni obravnavi - zagotoviti morajo tako celostno in strokovno zdravstveno obravnavo kot svojo in pacientovo varnost (Ambrose, et al., 2016). Idahor (2016) je nasilje v zdravstvu opisala kot epidemijo ter opozorila na tematiko »saj je samo del službe« – ta se mora spremeniti, saj povzroča netočne podatke o nezadovoljstvu na delovnem mestu in o slabi morali zaposlenih. Ker je naše delo timsko, je zelo pomembno, da tisti, ki so utrpeli nasilje, niso sami, saj to vpliva na celotno enoto in na obravnavo pacienta.

Večji odstotek nasilja v zdravstveni negi predstavlja verbalno nasilje. V tujini se številke pojavnosti nasilja gibajo med 63 in 93 % za verbalno nasilje ter med 22 in 72 % za fizično nasilje. Podatek, da se nasilno vedenje na zaprtih oddelkih v psihiatričnih bolnišnicah giblje med 3,9 in 37 % v tujini (med 6 in 7 % v Sloveniji), ter zgoraj omenjeni odstotki nas opozarjajo na pomembnost ustreznega znanja s področja obravnave pacientov, ki so agresivni in/ali nasilni, o pravočasnem prepoznavanju in preprečevanju agresije ter nasilnega vedenja (Grogler, 2009; Bernaldo-De-Quiros, et al., 2015; Park, et al., 2015 cited in Bojić, 2016, p. 5).

2.2 DEESKALACIJSKE TEHNIKE

Namen zdravstvene nege je med drugim tudi stalno izboljševanje kakovosti pacientove obravnave. Zato se pri obvladovanju agresije in preprečevanju nasilja poskušamo izogniti tradicionalnim metodam zdravstvene obravnave, kot sta uporaba prisilnih sredstev in aplikacija terapije proti volji, ter raje dajemo večji poudarek pristopu do pacienta (Richmond, et al., 2012). Med drugim tu lahko govorimo tudi o uporabi deeskalacijskih tehnik, ki so zadnja leta nekoliko bolj uporabljena metoda za preprečevanje nastanka nasilja. Gre za postopno zmanjševanje stopnje napetosti z uporabo verbalnih in

neverbalnih komunikacijskih tehnik, namen pa je zmanjšati stopnjo vznemirjenosti, sovražnosti, jeze in potencialne agresivnosti pri pacientu, ki je agitiran (Rager Zuzelo, 2009 cited in Bojić, 2016). Horvat (2014) je v svoji raziskavi potrdil, da z dobrim poznavanjem deeskalacije in deeskalacijskih tehnik lahko zmanjšamo pogostost uporabe posebnih varovalnih ukrepov in hujšega izbruha agresije ter odpravljamo pacientovo stisko.

Deeskalacijske tehnike so komunikacijske tehnike, ki so jih da naučiti. Po Price in Baker (2012) jih delimo na veščine in znanje osebja (samonadzor, verbalne in neverbalne veščine) ter na proces intervencije (soočanje s pacientom, zagotavljanje varnega okolja, prepoznavanje situacije, kdaj posredovati, ter pravilna uporaba deeskalacijskih strategij), najlažje pa jih razdelimo na verbalne in neverbalne deeskalacijske tehnike.

2.2.1 Veščine izvajalca

Literatura navaja kar nekaj spretnosti izvajalcev, ki jih ti potrebujejo za opravljanje uspešne deeskalacije. Lastnosti učinkovitega izvajalca deeskalacije so naslednje: izvajalec deeskalacije je najuspešnejši, če je odprt, iskren, podpirajoč, samozavedajoč, neobtožujoč in samozavesten, vendar ne aroganten. Izražati mora splošno skrb za pacienta, predstavljati se mora kot nenevaren in imeti neavtoritativen način pristopa. Nekoliko avtoritativnejši pristop se uporablja le v primeru, če pacient začne uporabljati grožnje, zastraševanje in nasilno vedenje. Ne smemo pozabiti tudi na empatijom ki je nepogrešljiv člen v dobrem medosebnem odnosu med pacientom in zdravstvenim delavcem, saj se pacient počuti razumljen, kar zmanjša njegovo potrebo po agresivnem vedenju. Vse te lastnosti pripomorejo k bistvenemu razvoju pacientovega zaupanja do zdravstvenih delavcev (Price & Baker, 2012; Bregar, 2012). Samonadzor je naslednja spretnost, ki naj bi jo uspešen izvajalec deeskalacije imel. Gre za pomembnost predstavljanja mirnega videza, tudi če izvajalec notranje doživlja anksioznost. Velja, da občutek oziroma prikaz mirnega videza pomaga pacientu obvladovati občutke jeze in agresije ter mu sporoča, da kljub njegovi agresiji vseeno obstaja zaupanje (s strani zdravstvenih delavcev), da njegovo vedenje ne bo eskaliralo v izbruh nasilja. Ohranjanje mirnosti prav tako pomaga izvajalcu deeskalacije, ki se osredotoči na ocenjevanje pacientovega stanja. Z mirnostjo obenem ohrani sposobnost za terapevtske odločitve (Price & Baker, 2012).

2.2.2 Terapevtski odnos

Pomembno je, da si prizadevamo predvsem za vzpostavitev vezi s pacientom, torej krepite moramo dober osebni odnos, vzajemno upoštevanje in spoštovanje ter skupaj odstraniti potrebo po agresiji. Pacient se mora počutiti cenjenega in spoštovanega, saj je agresija pogosto odziv na izgubljeno dostojanstvo. Pacient mora biti spodbujen k temu, da z zaposlenimi o svojih občutkih in čustvih komunicira odprto in da z njimi razpravlja o občutkih jeze in frustracije. Prepoznavna pravice do izražanja jeze (pod pogojem, da pacient to naredi brez poškodovanja samega sebe ali drugih) je ključni dejavnik uspešnosti deeskalacije pacientov, ki kažejo agresijo (Price & Baker, 2012). O pomembnosti dobrega odnosa je kot mati moderne zdravstvene nege na področju psihiatrije govorila že Hildegard Peplau leta 1952. Razvila je t. i. »model osebnostnih odnosov«, ki opisuje štiri stopnje odnosa medicinska sestra – pacient, in sicer so to orientacija, identifikacija, interakcija in razrešitvena stopnja. Jedro modela predstavlja značilen medosebni terapevtski odnos med medicinsko sestro in pacientom, usmerjen k izboljšanju zdravja. Model je psihološke, fizične in terapevtske narave, pacientu pa pomaga, da s pomočjo medicinske sestre premaga težave ter z novim znanjem in izkušnjami stopi v svet (Penden, et al., 2015).

2.2.3 Posredovanje

Z deeskalacijo je najbolje posredovati že zelo zgodaj, ko pri pacientu prepoznamo agresivno vedenje. Začetek se najpogosteje kaže z verbalno agresijo, za oceno agitiranosti pa lahko uporabimo tudi različne lestvice. Odločitve, vezane na posredovanje, so odvisne od poznavanja pacienta, pomena agresivnega vedenja, od tega, ali pacientovo vedenje odstopa od običajne slike, nevarnosti agresivnega vedenja, vpliva na druge osebe, vpliva na okolje in na kadrovske vire (Price & Baker, 2012; Lapanja, 2012; Bridge, et al., 2015; Lavelle, et. al., 2016; Mavandadi, et al., 2016).

2.2.4 Ocena pacienta in okolja

Pri oceni pacientovega stanja stremimo k ugotovitvi primarnega razloga za pacientovo agresivno vedenje. Ta ocena nam olajša nadaljnje ocenjevanje in nas usmeri k pravi vrsti posredovanja in k ustreznim sredstvom za reševanju težave. Oceno pacientovega stanja

naredimo v smislu izbire števila osebja, ki ga potrebujemo za varno deeskalacijo pacienta. Pri tem moramo paziti, da izbira preveč izvajalcev ne sproži učinka “kazanja moči” nad pacientom, saj s tem dosežemo ravno obratno od željnega – pacientovo agresivno vedenje lahko eskalira. Pacienta naravnost vprašamo, v čem je težava, kaj lahko naredimo, da jo rešimo, in kaj mu ponavadi pomaga, da se umiri. Nadaljnje usmeritve, ki jih damo pacientu, naj ne bodo poveljujoče ali prepirljive, kljub temu pa ni treba, da se s pacientom strinjamo. Izvajalec deeskalacije se mora izogibati grožnjam s sankcijami, dajanju ultimativ in vstopu v borbe moči/premoči. Poudarek je torej na vzpostavljanju dobrega odnosa, odgovarjanju na vprašanja in iskanju sporazumov in kompromisov (Strout, 2011; Price & Baker, 2012; Penden, et al., 2015; Mavandadi, et al., 2016). Prav tako ocenimo stanje okolice: premislimo, kaj bi lahko bilo potencialno orožje, in poiščemo možnost prostega izhoda za izvajalca/izvajalce deeskalacije. Izhod iz prostora si moramo zagotoviti, če bi bila deeskalacija neuspešna ali če bi prišlo do izbruha nasilja pri pacientu. Priporočljivo je tudi, da se z agitiranim pacientom umaknemo v mirnejši prostor, stran od drugih pacientov in zaposlenih, a le, če pacienta s tem dodatno ne razburimo. Pri deeskalaciji se izogibamo kazenskim pristopom (Price & Baker, 2012; Kurinčič & Saje, 2017).

2.2.5 Strategija

Za deeskalacijo je dobro imeti zastavljeno tudi strategijo. Odločanje o njej je nagonsko, je intuitiven proces, ki zahteva prilagodljivost in ustvarjalnost ter temelji na individualnih potrebah in značilnostih, ki jih pacient kaže z agresijo. Za dobro oceno pacienta nam tu torej pomagajo naslednje tehnike: poslušanje pacienta, uporaba empatije ter interpretacija neverbalnih pokazateljev. Dokazano je, da je deeskalacija veliko učinkovitejša, ko se upošteva pacientova avtonomija, kot kadar so uporabljene meje in omejitve. Ključnega pomena je tudi, da so vse intervencije izvajalca deeskalacije, sorazmerne s tveganjem, ki ga predstavlja pacient (Price & Baker, 2012; Penden, et al., 2015; Hallet & Dickens, 2015).

2.2.6 Neverbalne deeskalacijske tehnike

Večina deeskalacijskih tehnik deluje na metodah neverbalne komunikacije. Če se le da, se s pacientom najprej umaknemo v miren prostor, kjer je pacienta mogoče posesti (Lipovec, 2015 cited in Bojić, 2016, p. 13). Izvajalec deeskalacije mora biti pozoren predvsem na držo telesa, hoteno gibanje, očesni kontakt, bližino (osebni prostor), dotik in obrazno mimiko. Posplošeno to pomeni, da naj s telesno govorico izraža skrb za pacienta (Price & Baker, 2012). Drža naj bo sproščena, s spuščeni rokami in brez hitrih gibov. Med pogovorom ne držimo rok v žepih in ne žvečimo, prav tako literatura navaja, da ne nosimo nakita, s katerim bi se pacient lahko poškodoval. Omenjeno je tudi, da pacient na meji nasilnega izbruha potrebuje do štirikrat več prostora, zato se od njega odmaknemo vsaj za dolžino naše roke in mu ne obračamo hrbta (Lipovec, 2015 cited in Bojić, 2016, p. 13). Komunicirati poskušamo v pacientovi višini, če je le možno, oba sedita. Očesni kontakt mora biti prisoten tako za oceno pacientovega stanja kot za njegovo pozornost, vendar moramo paziti, da očesni kontakt ni neprekinjen in predolg, kar literatura odsvetuje, saj pri pacientu povzroča eskalacijo. Prav tako se mnenja delijo pri uporabi dotika; nekateri avtorji ga priporočajo, saj je za nekatere paciente pomirjujoč, načeloma pa se dotika izogibamo, ker lahko predstavlja grožnjo (Price & Baker, 2012).

2.2.7 Verbalne deeskalacijske tehnike

Drugi del deeskalacijskih tehnik sestavlja verbalna komunikacija. Pacienta predvsem aktivno poslušamo, v odgovoru uporabljamo ponavljanje, odsevanje in potrditev (Lipovec, 2015 cited in Bojić, 2016, p. 13). Aktivno poslušanje pacientu da občutek, da je slišan in razumljen, kar močno prispeva k deeskalaciji agresije. Govorimo umirjeno, nežno in z mehkim tonom, kar predstavlja center verbalne komunikacije. Taktičen jezik in blage oblike humorja so dovoljeni, pazimo le, da pacient tega ne zazna kot zanemarjanje ali zaničevanje (Price & Baker, 2012). Tišino uporabimo kot čas za razmislek zase ali za pacienta. Ko postavljamo vprašanja, naj bodo ta odprtega tipa ter naj ne vsebujejo besede zakaj, saj ta povzroča dodatno provokacijo. Pomembno je, da imamo odločen, vendar pomirjujoč ton glasu ter da se izogibamo vpitju in sarkazmu. Če pacient vpije, ne govorimo. Pacienta ves čas spodbujamo k pogovoru, da nam pojasni, kaj se je zgodilo. S tem razjasnimo situacijo in pacientu lahko pomagamo rešiti težavo.

Pri reševanju težav mu ponudimo več rešitev oziroma alternativ, pomembno je, da jo na koncu vedno izbere pacient sam (Lipovec, 2015 cited in Bojić, 2016, p. 13). Alternative naj bodo vedno realne, na primer da pacientu ponudimo dostop do telefona, primer napačne alternative bi bil, da pacientu ponudimo možnost izhoda na cigaret, bolnišnica pa ne dopušča kajenja (Richmond, et al., 2012). Ena od alternativnih izbir je čas za "ohlajanje", če pacientovo stanje to dopušča, vendar literatura priporoča, da s pacientom predebatiramo situacijo in z njim pridemo do skupnega dogovora o alternativni. Cilj deeskalacije je, da se pacient sam odloči zanjo in ne da mu jo vsilijo zdravstveni delavci (Price & Baker, 2012).

Richmond in sodelavci (2012) so deeskalacijske tehnike razdelili na deset načel:

- spoštujte osebni prostor,
- ne bodite provokativni,
- vzpostavite verbalno komunikacijo,
- bodite jedrnaty,
- identificirajte želje in občutke,
- aktivno poslušajte pacienta,
- strinjajte se ali pa se strinjajte, da se ne strinjate,
- določite zakone in jasne omejitve,
- ponudite izbiro in optimizem,
- poučite pacienta in osebje.

Načela se povezujejo z razlago avtorjev Price & Baker (2012). Manjša razlika je opažena le v določanju mej. Meje, ki jih predstavimo pacientu, so torej pomembne, saj s tem pacientu omogočimo vpogled v stanje, ki ga trenutno doživlja. Richmond in ostali (2012) zagovarjajo, da se pacientu predstavi meje, t. j. da pacienta informiramo o nedopustnem vedenju in nesprejemljivosti poškodovanja samega sebe in/ali ljudi okoli njega. Če je treba, mu razložimo tudi ukrepanja ob nedopustnem vedenju (primer: možnost aretacije in sodne obravnave, če bi prišlo do napada). Seveda pri postavljanju mej upoštevamo, da jih predstavimo na razumen in spoštljiv način. Omenjana je tudi tematika poučevanja pacienta, kako naj ohranja nadzor nad agresijo: ko se pacient nekoliko pomiri, ga prosimo, naj sede, povemo mu, da nas njegova hoja na primer ustrahuje in da ga med tem ne

moremo popolnoma razumeti, kaj nam želi povedati. Nato ga prosimo, da nam mirno razloži situacijo še enkrat, da bo obema razumljivo. Naslednji dodatek deeskalacije se navezuje na medikamentno zdravljenje. Velikokrat je pri pacientih, ki so agitirani, poleg deeskalacije treba uporabiti tudi ustrezno terapijo, katere namen pa ni sedirati pacienta, temveč ga pomiriti. Če so zdravila indicirana, pacientu spet ponudimo možnosti, z aplikacijo ne hitimo, vendar z njo prav tako ne zavlačujemo. V zadnji točki je opisano poučevanje pacienta. Ko je deeskalacija uspešno izvedena in je pacient pomirjen, mu vse še enkrat pojasnimo. Povemo mu, da je bila intervencija nujno potrebna, pustimo mu, da razloži situacijo tako, kot jo je on razumel, razložimo mu, kako naj prosi za odmor in kako naj izrazi svojo jezo naslednjič, ko se težava ponovi (Richmond, et al., 2012).

2.3 POZNAVANJE DEESKALACIJSKIH TEHNIK V SVETU

Poznavanje in uporabo deeskalacijskih tehnik lahko zaznamo v več smereh zdravstvene obravnave. Lavelle s sodelavci (2016) je raziskovala uporabo deeskalacijskih tehnik in dodatnih ukrepov, kot so na primer aplikacija terapije za pomiritev in pokazana moč, in sicer glede na vrsto konflikta, ki je sprožil agitirano vedenje pacientov. Cilj raziskave je bil identificirati zaporedje dogodkov pred deeskalacijo in po njej, vezani pa naj bi bili na lastnosti pacienta in vedenjsko anamnezo. Rezultati so pokazali, da se večina neuspešnih zaporedij dogodkov začne z verbalno agresivnostjo ter da se večina deeskalacij konča uspešno, torej da uporaba deeskalacijskih tehnik v kliničnem okolju dejansko deluje. V omenjeni raziskavi, ki je vključevala 522 pacientov, sprejetih v akutni fazi, jih je kar polovica (53 %) doživela deeskalacijo v prvih dveh tednih hospitalizacije in od te polovice je bila deeskalacija uspešna v 60 %. Več kot polovica anketiranih pacientov je bila moškega spola (54 %), bele rase (68 %) in prostovoljno hospitalizirana (60 %). Večina anketirancev je neporočenih (81 %) in jih ni imelo bistvenih fizičnih zdravstvenih težav (75 %). Večina je imela diagnosticirano shizofrenijo (42 %) ali afektivne diagnoze (37 %), glede na njihovo anamnezo pa je imelo 40 % anketiranih težave z uživanjem alkohola, 36 % z drogami, 68 % anketiranih s samopoškodovanjem in 57 % z nasiljem. Navedeni opis vzorca se tako ujema z drugimi avtorji (Grogler, 2009), ki navajajo anamnezo že prisotnega nasilja in osebne lastnosti (moški spol ipd.). Neuspešne deeskalacije so bile navedene pri pacientih, ki so v preteklosti že bili agresivni, in pri pacientih, ki so bili agresivnejši in konfliktnejši, reševali pa so jih z medikamentnim

posredovanjem (44 %). S tem so dokazali, da je deeskalacija uspešna pri pacientih, ki niso tako zelo agitirani. Deeskalacija se je pri tretjini pacientov vsaj enkrat ponovila in če ni bila uspešna, so največkrat uporabili medikamentno zdravljenje. Pacienti z zgodovino nasilja so bolj nagnjeni k potrebi po deeskalaciji, vendar je manj možnosti, da bo uspešna.

Mavandadi s sodelavci (2016) opisuje lestvico deeskalacije pacientovega agresivnega vedenja, ki jo je za potrebe širše uporabe prevedel v angleški jezik. Lestvica je namenjena vrednotenju zdravstvene nege, osredotočene na izboljšanje deeskalacijskih sposobnosti zaposlenih, ki deeskalacijo izvajajo, in s tem tudi na zmanjševanje agitiranosti pri pacientu. Ta lestvica je v resnici prvo količinsko merilo deeskalacijskih tehnik in je pomemben korak naprej v raziskavi deeskalacije. Prikazana je celotna shema lestvice in predstavljena njena uporaba. Sestavljena je iz sedmih načel, ki so podprta s teoretično razlago, kaj katero načelo zajema (Mavandadi, et al., 2016):

- vrednotenje pacienta: pristno potrdite, da so pacientove skrbi veljavne, pomembne in da jih boste smiselno obravnavali,
- zmanjševanje strahu: aktivno poslušajte pacienta in ponudite iskreno empatijo, medtem ko predlagate, da ima pacientov položaj potencial pozitivne prihodnje spremembe,
- zanimanje za pacientove dvome in anksioznost: komunicirajte z razumevanjem pacientovih skrbi in iščite izvor težav,
- zagotavljanje usmeritev za pacienta: predlagajte več načinov za pomoč pacientu s skrbmi in ji priporočite preventivne ukrepe,
- oblikovanje možnih sporazumov: prevzemite odgovornost za pacientove skrbi in zaključite srečanje z dogovorjeno kratkoročno rešitvijo in dolgoročnim akcijskim načrtom,
- ostanite mirni: ohranjajte umirjen ton glasu in enakomerno hitrost ne glede na pacientove odgovore,
- tveganje: ohranjajte zmerno razdaljo med vami in stranko, vendar ne bodite prestrašeni ali zadržani.

Načela se tako povezujejo z avtorji, ki tudi govorijo o deeskalacijskih tehnikah (Price & Baker, 2012; Richmond, et al., 2012).

Strout (2011) prav tako omenja deeskalacijske tehnike, in sicer v povezavi z lestvico *The Agitation Severity Scale*, ki opredeljuje stopnjo pacientove agitiranosti. Ta lestvica nam pomaga oceniti pacientovo stanje in potrebo po uporabi deeskalacijskih tehnik. Navaja, da se je pokazala potreba po nekakšnem instrumentu za merjenje agitacije pri pacientih v nujni medicinski pomoči. Že obstoječe lestvice so bile neprimerne, kajti zahtevajo veliko časa, veliko osredotočenosti in pri njihovem točkovanju pogosto pride do težav. Zaradi omenjenih razlogov so razvili *The Agitation Severity Scale*, ki je zapolnila to praznino, saj je natančnejša, razvita na principu opazovanja pacienta in je preprosta za uporabo ter razvita specifično za paciente z duševno motnjo (v akutni fazi) v nujni medicinski pomoči. Uporabljamo jo lahko za začetno oceno pacientove agresivnosti, nato – glede na rezultate izvedene intervencije – deeskaliramo pacienta ter ponovimo meritev, da ocenimo uspešnost deeskalacije in odpravljanja agitacije.

Chigbundu (2015) je opisal uporabo deeskalacijskih tehnik v multisenzornih sobah. Zanimalo ga je stališče zdravstvenih delavcev v povezavi z obravnavo agitiranih pacientov. Ugotovili so, da se večina težko odloči o »pravem« pristopu, ko so soočeni z agitiranim pacientom. Dilema nastaja pri izbiri med fizičnim oviranjem in farmakološkim pristopom, torej med tradicionalnimi metodami obravnave agitiranih in nasilnih pacientov. Poročajo tudi o mnogih poškodbah medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov ravno med izvedbo tradicionalnih metod – med konfliktom s pacientom prihaja do raznih poškodb in vbodov z iglami pri injekcijah z intramuskularnimi pomirjevali. V nadaljevanju so opisali, da so udeleženci v raziskavi (zdravstveni delavci) kot prvi ukrep pri obravnavi agresivnega pacienta opredelili deeskalacijske tehnike. Pojasnili so, da so se agitiranim pacientom želeli približati in jih poskusili razumeti, kar navajajo tudi drugi avtorji (Richmond, et al., 2012; Price & Baker, 2012). Raziskava je pokazala pozitivne izkušnje zaposlenih z uporabo verbalnih deeskalacijskih tehnik v smislu pomiritve v multisenzorni sobi, navajali so, da so bili pacienti mirnejši in da je mirnejša tudi enota za duševno zdravje kot celota. Navajajo zmanjšanje drugih prisilnih ukrepov (Godfrey, et al., 2014; Lavelle, et al., 2016). Prav tako so zaposleni pokazali interes za reševanje agitiranega pacienta, pri čemer so opozorili na pomanjkanje časa med opravljanjem službe, t.j. da posvečajo premalo časa deeskalaciji agitiranih pacientov ter se še vedno zatekajo k tradicionalnim metodam obravnave agitiranosti in agresije.

Gabua (2014) opredeljuje deeskalacijske tehnike kot program za izobraževanje zaposlenih o prepoznavanju napredovale agresije ter o tem, kako deeskaliramo situacijo, preden pride do agresije. Poudarja pomen izobraževanja tako medicinskih sester, zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev kot tudi študentov v okviru vseživljenjskega učenja. Navaja, da je potrebno sodelovanje v zdravstvu in zdravstvenem varstvu, s čimer se prepreči nastanek potencialno nasilnih situacij. Vprašanje, ki ga je Gabua izpostavila, je, ali usposabljanje zdravstvenih delavcev pripomore k zmanjšanju obsega varnostnih ukrepov v povezavi z agresijo in nasiljem. Namen raziskave pa je bil izobraževati osebe o prepoznavanju znakov agitacije in o nadzoru situacije ob pojavu agresivnosti, s čimer naj bi dosegli povečano zadovoljstvo osebja, kakovostno oskrbo pacientov in zmanjšanje posebnih varnostnih ukrepov. Rezultati prikazujejo uspešnost in zadovoljstvo uporabnikov s programom, ki simulira dogodek, ki ga lahko rešimo z deeskalacijo. Gabua je razvila spletni modul za učenje deeskalacije pacienta, v katerega so se lahko zaposleni prijavili na simulacijsko usposabljanje. V raziskavi sicer ni navedeno, med koliko zdravstvenimi delavci je bila raziskava izvedena, vendar je 75 % udeležencev sodelovalo na simulacijskem treningu, od teh jih je 96 % že doživelo verbalno nasilje v obliki kričanja in 44 % jih je že utrpelo fizično nasilje s strani pacienta. 99 % udeležencev raziskave meni, da je usposabljanje zelo poučno, 88 % jih je v postopku obravnave agitiranih pacientov poklicalo na pomoč sodelavce. Gabua je ugotovila, da je spletni modul za učenje zelo uspešen, svetuje njegovo uporabo za izobraževanje, saj bo udeležencem omogočil, da se naučijo tehnik prepoznavanja potencialno nasilnih situacij. Dodatno simulacijsko usposabljanje bo udeležencem omogočil trening naučenih veščin. Avtorica omenja tudi scenarije potencialno nasilnih situacij, ki jih prejmejo vodje oddelkov, da lahko z zaposlenimi mesečno vadijo deeskalacijo agitiranega pacienta z namenom osveževanja znanja, da to ne pade v pozabo.

Godfrey in sodelavci (2014) so raziskali povezavo med uporabo deeskalacijskih tehnik in mehničnim oviranjem pacientov v smislu zmanjšanja posebnih varovalnih ukrepov z uporabo deeskalacije. Raziskava je potekala v psihiatrični bolnišnici v Severni Karolini, vključenih je bilo 216 pacientov (140 pacientov na akutnem oddelku za odrasle in 76 na rehabilitacijskem oddelku), starih med osemnajst in štirinšestdeset let. Uporabili so dve strategiji zmanjševanja fizičnega oviranja, ki sta tudi po koncu raziskave ostali del kulture

bolnišnice in postali standardni operativni postopek. Prva se je osredotočala na izobraževanje zaposlenih o deeskalacijskih tehnikah in vzpostavitev »odzivne skupine« v primeru kriznih situacij. Zaposlene so izobrazili o deeskalaciji (teoretično in praktično), samoobrambi, nasilnem vedenju in agresiji; ob tem je bilo poudarjeno, da je fizično posredovanje uporabljeno kot zadnji ukrep, torej v primeru neuspešne deeskalacije. Druga strategija je zaradi formalne politične spremembe prepovedala rutinsko uporabo fizičnega omejevanja in uveljavila pravilo, da lahko dodatno fizično oviranje predpiše le vodstvo srednjega managementa – potrebno je bilo torej dovoljenje glavnega zdravnika ali namestnika glavnega zdravnika. Raziskava je pokazala, da ima mehanično oviranje ravno nasproten vpliv na pacienta, kot je bilo sprva mišljeno. Z deeskalacijo so v 98 % zmanjšali fizično oviranje na akutnem oddelku za odrasle in kar v 100 % na rehabilitacijskem oddelku. Na akutnem oddelku za odrasle so prav tako dokazali zmanjšanje uporabe terapije po potrebi, torej terapije, ki jo pacient prejema ob akutnih poslabšanjih stanja oziroma v našem primeru pri eskalaciji agresije in/ali za pomiritev, in zmanjšanje poškodb zaposlenih in uporabnikov. Čeprav ima uporaba posebnih varovalnih ukrepov s fizičnim omejevanjem pacienta zelo dolgo zgodovino, se veliko ustanov in zaposlenih v zdravstveni negi vedno pogosteje poslužuje psihično atravmatske obravnave pacienta. Pri tem navajajo, da je ključno razviti načrt za zmanjševanje fizičnega omejevanja pacientov. Ravno s tem podpirajo tudi izobraževanje zaposlenih o deeskalacijskih tehnikah in o njihovi uporabi. Zelo dobro so opisali glavni vodili deeskalacije: »deeskalacija se nikoli ne konča« (angl. *de-escalation never stops*) in »najboljša fizična ovira je tista, ki je ni« (angl. *the best restraint is no restraint at all*) (Godfrey, et al., 2014).

Fulde in Preisz (2011) deeskalacijo opisujeta kot začetni ukrep pri agitiranem, vendar sodelujočem pacientu, ter navajata, da sta prisilna sedacija in omejitev gibanja zadnji izbor obravnave agresivnega pacienta, s čimer se strinjajo tudi drugi avtorji (Price & Baker, 2012; Richmond, et al., 2012; Godfrey, et al., 2014). V svojem članku opisujeta nekoliko bolj medicinski pristop k agresivnemu pacientu in medicinska stanja, ki povzročajo agresijo. To so (Fulde & Preisz, 2011):

- hipoksija, hiperkapnija pri pljučnici ali poslabšanju kronične pljučne bolezni,
- hipoglikemija pri sladkorni bolezni ali pri slabo prehranjenih alkoholikih,

- poškodbe možgan: možganska kap, tumorji, razni napadi (npr. epilepsija), meningitis in poškodbe,
- sepsa: sistemska ali okužbe sečil pri starejših,
- presnovne motnje: hiponatriemija, pomanjkanje tiamina, hiperkalcemija,
- odpoved organov: odpoved jeter ali ledvic,
- abstinenca oz. abstinenčna kriza: alkohol, benzodiazepini,
- učinki drog in/ali zdravil: amfetamin, steroidi, alkohol, predpisana zdravila in interakcije.

Kot je razvidno z zgoraj naštetih stanj, agresija ni nujno pogojena s psihiatričnimi boleznimi, da pacient lahko postane agresivnejši. Avtorja v nadaljevanju opisujeta obravnavo pacientov, ki so agresivni, v akutni fazi. Najprej poiščemo vzrok nastanka agresije, naredimo telesni in nevrološki pregled in opravimo meritve vitalnih funkcij, vključno z odvzemom krvi za določanje glukoze v krvi. Klinična slika nato določi obseg nadaljnjih preiskav, ki vključujejo odvzem krvi za standardne krvne teste, lahko tudi test za raven alkohola v krvi, urinski test za določanje vrednosti drog v telesu in globinsko slikanje glave, če sumimo na poškodbe možgan. Če sumimo na psihiatrični vzrok agresije, naj bi bila ta najpogosteje povezana s preteklo duševno boleznijo, uporabo drog ali alkoholizmom, trenutnimi predpisanimi zdravili, splošnim fizičnim videzom, vključno z lastno skrbjo, primernostjo razpoloženja in pripravljenostjo sodelovanja, načinom in vsebino govora, drža in gibanja. Če je le mogoče, pridobimo heteronamanezo pri družinskih članih, prijateljih ali drugih zdravstvenih delavcih. Pred zdravljenjem vedenjskih motenj je treba najprej obravnavati zdravstvene težave. Kot nefarmakološko obravnavo avtorja navajata uporabo deeskalacije in odvratanja pozornosti. Tako kot Price & Baker (2012) opisujeta pomen zgodnjega ukrepanja pri obravnavi pacienta, vzdrževanja osebnega prostora in postavljanja mej z njihovimi pozitivnimi učinki v smislu sodelovanja pacienta pri deeskalaciji. Navajata tudi podoben seznam deeskalacijskih tehnik kot Richmond s sodelavci (2012). Večji del prispevka je vezan na farmakološko zdravljenje, kjer opisujeta natančno aplikacijo terapije za pacientovo pomiritev. Navajata še, da od pacienta pridobimo soglasje za aplikacijo zdravila, tako kot je to omenil tudi Richmond s sodelavci (2012). Obravnava se nato nadaljuje v psihiatrični bolnišnici.

2.4 POZNAVANJE DEESKALACIJSKIH TEHNIK V SLOVENIJI

V Sloveniji temo deeskalacijskih tehnik v znanstvenem diskurzu zasledimo le redko. Največkrat so deeskalacijske tehnike omenjene v povezavi s pristopom k obravnavam urgentnih stanj v psihiatriji in nujni medicinski pomoči. Kurinčič in Saje (2017) sta deeskalacijo in deeskalacijske tehnike opisala kot umiritveno metodo pri obravnavi urgentnih stanj v psihiatriji. Navajata, da pacientu pustimo izraziti občutke, pri tem ga ne obsojamo in postavimo meje sprejemljivosti ter vključno s tem tudi posledice neupoštevanja dogovorov oz. stopnjevanja nasilnega vedenja. Omenjata tudi prostor za obravnavo takšnih pacientov, ta naj bi bil izoliran od motečih dejavnikov (npr. odmaknjen od hrupa iz čakalnice) in opremljen tako, da oprema in razni pripomočki ne bi mogli biti uporabljeni kot orožje (odstranimo pasove, stetoskope, manšete, ostre predmete ...).

Komel in Koprivšek (2017) sta pomen deeskalacije predstavila podobno; prispevek sicer temelji na bolj medicinskem pristopu k pacientu z duševno motnjo, a vendar navajata, da je treba vsakemu pacientu jasno, umirjeno in spoštljivo razložiti postopke pri obravnavi v urgentni medicini, torej tudi z uporabo deeskalacije in deeskalacijskih tehnik.

Vovko in Rukavina (2017) sta raziskovali povezavo med nasilnim bolnikom in tehnikami komunikacije. Omenjata, da se velikokrat premalo zavedamo pomembnosti komunikacije, zaradi česar pride do kratkih stikov. Govorita o nepoznavanju deeskalacijskih tehnik, s katerimi do teh kratkih stikov (morda) niti nebi prišlo. V članku opisujeta deeskalacijske tehnike kot instrument za zmanjševanje stopnje vznemirjenosti, sovražnosti, jeze in potencialne agresivnosti, ne glede na pacientovo duševno motnjo ali anamnezo. Navajata, da so se takšni načini komunikacije izkazali za učinkovite, vendar poudarjata, da zgolj seznanjenost z deeskalacijo ni dovolj – potrebno je usposabljanje za usvojitev deeskalacijskih tehnik.

Bregar (2013) je opisal pomen alternativnih oblik obravnave pacienta, ki zahteva restriktivne postopke. Navaja, da k zmanjševanju fizičnega omejevanja pacientov pripomorejo ravno deeskalacijske tehnike, ki pa prav tako povečujejo kakovost medosebnega odnosa med pacienti in zaposlenimi. Podobno kot Bregar (2013) je leto pozneje Lukančič (2014) raziskala pomen deeskalacije kot metodo za zmanjševanje

uporabe posebnih varovalnih ukrepov in poudarila pomen zaupljivega, iskrenega in spoštljivega odnosa med pacientom in zaposlenim.

Ključanin (2015) je raziskovala pogled zaposlenih na agresivno vedenje stanovalcev doma starejših ter opredelila uporabo deeskalacije in deeskalacijskih tehnik za omilitev neprijetnih situacij in neželenih dogodkov pri delu s stanovalci. Omenjala je še izkušnost zaposlenih pri prepoznavanju potencialne agresivnosti med stanovalci; treba je namreč imeti dovolj znanja in izkušenj, da lahko vedenje pri posamezniku hitro prepoznamo. S tem se tudi povečuje občutek varnosti pri zaposlenih. V raziskavi je anketirance spraševala o predlogih za povečanje varnosti zaposlenih v zdravstveni negi, na katerega je bil eden izmed pogostejših odgovorov tudi »pogostejša uporaba deeskalacijskih tehnik«, kar privede do problematike nepoznavanja deeskalacije. Upoštevati je treba slabo znanje na tem področju in stremeti k izboljšanju.

Muminović (2016) je prav tako raziskoval uporabo prisilnih ukrepov, vendar v predbolnišničnem okolju. Raziskava je pokazala, da so anketiranci že seznanjeni s sodobnimi pristopi obravnave pacientov, ki so agitirani in nasilni, in da so bolj naklonjeni deeskalacijskim tehnikam in njihovi uporabi v predbolnišničnem okolju. Navaja, da je sicer uporaba prisilnih ukrepov navedena kot zadnja metoda obravnave pacienta oz. da se tovrstni ukrepi uporabljajo, ko nam pacienta ne uspe pomiriti z deeskalacijskimi tehnikami.

2.5 POZNAVANJE DEESKALACIJSKIH TEHNIK MED ŠTUDENTI IN DIPLOMANTI V SVETU IN V SLOVENIJI

Beech (2008) navaja, da so tako medicinske sestre kot njihova podskupina, torej študenti zdravstvene nege, najbolj ogrožena skupina, za katero se šteje, da bo utrpela neko vrsto nasilja. Članek govori o ugotovitvah iz tridnevnega usposabljanja o preprečevanju agresije in njenem obvladovanju med 243 diplomanti zdravstvene nege iz Velike Britanije. Avtor je zbiral podatke o znanju, odnosu, zaupanju in samoocenjevanju usposobljenosti anketirancev dva dni pred izobraževanjem in dva dni po njem. Rezultati so pokazali, da so študentke opredelile več dejavnikov tveganja za agresijo kot moški, ti pa so se opredelili kot samozavestnejši pri ohranjanju osebne varnosti, kar je

podkrepljeno tudi s podatkom, da so študentje imeli znatno višje ocene pri osebni praktični usposobljenosti. Oba spola sta potrdila, da se je zaupanje med usposabljanjem znatno povečalo. Glede na starost študentk in študentov se je pojavila razlika v predvidljivosti in preprečljivosti nasilja – starejši študenti menijo, da je nasilje predvidljivo in preprečljivo, medtem ko se mlajši s tem ne strinjajo. V enoti, kjer je bila raziskava opravljena, so poudarili, da študenti zdravstvene nege potrebujejo usposabljanje s področja preprečevanja agresije in nasilja tako v širšem teoretičnem smislu kot tudi v realnosti samega delovnega okolja in da imajo pomembno vlogo pri pomiritvi pacientov in obveščanju zaposlenih (o izbruhu agresije).

Hogan in sodelavci (2017) so opredelili, da sta agresija in nasilje na delovnem mestu lahko pri študentih dejavnika prekinitve študija. Navajajo, da se je v Avstraliji v zadnjem letu stopnja verbalnega nasilja na delovnem mestu povzpela na 70 % in stopnja fizičnega nasilja na 32 %, prav tako pa je nasilja več v bolnišnicah z mlajšim kadrom in pretežno ženskim osebjem (ženske so se srečale z nasiljem v 65 %). V primerjavi z Veliko Britanijo so opredelili, da so avstralski študenti zdravstvene nege bolj izpostavljeni ustrahovanju (50 % v primerjavi s 35 % v Veliki Britaniji) in da največ ustrahovanja povzročajo druge medicinske sestre (v Avstraliji v 53 %, v Veliki Britaniji v 68 %). Kot posledico navajajo, da se študenti zaradi nezaščitenosti s strani mentorjev počutijo nemočne, ranljivejše in bolj zaskrbljene zaradi strahu pred ukrepi. S tem se uničujejo učne izkušnje študentov, ovira se proces njihove socializacije v poklic in zavira razvoj skrbnega vedenja do pacienta. Dokazali so, da ustrahovanje in nadlegovanje študentov zdravstvene nege še vedno obstajata, torej ne moremo govoriti, da gre za stvar iz preteklosti. Še vedno opažajo težavo pri študentih, da ti ne poročajo o svojih izkušnjah z nasiljem ali agresijo. Ker se pojavlja problematika opuščanja študija oziroma delovnega mesta zaradi nasilja, stremijo k izobraževanju zaposlenih s področja komunikacije in preprečevanja nasilja med mentorjem in študentom.

Rosenberg in Gallo-Silver (2011) sta raziskovala terapevtsko komunikacijo med študenti zdravstvene nege in pacienti. Ta študente spodbuja k povezovanju s pacienti, pacientom pa pomaga pri premagovanju anksioznosti, depresije in jeze ter zagotavlja optimalno zdravstveno oskrbo. Navajajo, da je ključnega pomena priprava študenta na interakcijo in

komunikacijo. Študenti morajo razviti sposobnosti za krepitev zaupanja, toplino, doslednost, zanesljivost in kompetence v kombinaciji s »k pacientom usmerjenim pristopom«. Z dobrim odnosom med medicinsko sestro in pacientom se izboljšujejo rezultati zdravstvene nege, z njim si tudi pomagamo pri preprečevanju spornih konfrontacij (torej preprečuje agresijo in nasilje). Vključevanje znanja z empatijo in spretnostmi terapevtske komunikacije je največja prednost medicinske sestre pri zmanjševanju stresa in afiniteto s pacientom. Terapevtska komunikacija je v celoti uresničena, ko lahko pacient sodeluje pri svoji zdravstveni oskrbi.

Jonas Dwyer in ostali (2017) so raziskovali izkušnje študentov zdravstvene nege v programu enodnevnega izobraževanja o obvladovanju agresije in nasilja. Želeli so preučiti njihovo pripravljenost na obvladovanje agresije in nasilja v zdravstvenih ustanovah. V raziskavi omenjajo, da največ nasilja zdravstveni delavci občutijo s strani pacientov in njihovih svojcev ter da so do kar trikrat bolj izpostavljeni nasilju kot drugi zdravstveni delavci. V raziskavi so se usmerili tudi v deeskalacijo in deeskalacijske tehnike. Na praktičnem usposabljanju so študentom predstavili varnostna navodila, varen pristop, varno umikanje, igro vlog z deeskalacijo, samozaščito pred udarci, praskami in brcami, kako se umakniti pacientu, ki nas drži za zapestje, grize, drži za obleko ali lase ali nas davi. Dokazali so, da je deeskalacija uporabna v primeru nasilne oz. agresivne situacije, s čimer se je strinjala dobra polovica anketiranih študentov. Poudarjajo, da se je treba deeskalacije naučiti in da jo njihov program izobraževanja podpira, saj se z deeskalacijo da preprečiti fizično nasilje.

Nau in sodelavci (2010) so prav tako raziskovali deeskalacijo in o njej izobraževali študente. V raziskavi so anketirance (študente zdravstvene nege) razdelili v dve skupini in jih izobraževali za dva različna scenarija, nato pa preverili znanje za nasprotni scenarij in za scenarij, za katerega so bili izobraženi. Študenti so bili po opravljenem programu usposabljanja uspešnejši v vseh merilih, določenih pri raziskavi. Nekateri študenti so se dobro odrezali že pred raziskavo, zanimivo pa je, da se študenti tretjega letnika, ki imajo več izkušenj, niso dosti razlikovali v znanju od ostalih udeležencev. Večina študentov je med izobraževanjem nadgradila svoje znanje o deeskalaciji, kljub temu da so določen del te teme že spoznali med izobraževanjem na fakulteti. Tako so dokazali, da usposabljanje

o deeskalaciji in deeskalacijskih tehnikah pozitivno vpliva na uspešnost študentov pri deeskaliranju pacientov, ki so agitirani.

3 EMPIRIČNI DEL

V nadaljevanju bomo z empiričnimi podatki natančneje opredelili poznavanje deeskalacijskih tehnik na vzorcu študentov dodiplomskega in podiplomskega študija, absolventov in diplomantov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin.

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je raziskati poznavanje in uporabo deeskalacijskih tehnik med študenti dodiplomskega študija, absolventi, diplomanti in študenti podiplomskega študija na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Cilji diplomskega dela so:

- ugotoviti poznavanje deeskalacijskih tehnik med študenti in diplomanti Fakultete za zdravstvo Angele Boškin,
- oceniti uporabo deeskalacijskih tehnik med študenti in diplomanti Fakultete za zdravstvo Angele Boškin v klinični praksi,
- ugotoviti odnos študentov in diplomantov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin do poznavanja in uporabe deeskalacijskih tehnik pri obravnavi pacienta, ki je agitiran,
- ugotoviti razlike v poznavanju in uporabi deeskalacijskih tehnik glede na letnik študija, spol, delovne izkušnje.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Zastavili smo si naslednja raziskovalna vprašanja:

- V kolikšni meri študenti in diplomanti Fakultete za zdravstvo Angele Boškin poznajo deeskalacijske tehnike?
- Kakšna je uporaba deeskalacijskih tehnik v praksi med študenti in diplomanti Fakultete za zdravstvo Angele Boškin?
- Kakšen je odnos do poznavanja in uporabe deeskalacijskih tehnik med študenti in diplomanti Fakultete za zdravstvo Angele Boškin?
- Kakšne so razlike v poznavanju in uporabi deeskalacijskih tehnik glede na letnik študija, spol in delovne izkušnje?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava temelji na neeksperimentalni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Podatke za potrebe diplomskega dela smo pridobili z elektronskim vprašalnikom. Pregled literature je bil narejen na osnovi strokovne in znanstvene literature. V Sloveniji dostopna v virtualni knjižnici COBISS, Obzorniku zdravstvene nege in Google učenjak. Za iskanje tuje literature smo uporabili tuje baze podatkov - Cinahl, PubMed, Wiley idr. Iskanje je potekalo s pomočjo naslednjih ključnih besed: deeskalacijske tehnike, uporaba deeskalacijskih tehnik, obravnava pacienta, ki je agitiran, agitacija pacienta, agresivnost v zdravstvu, nasilje v zdravstvu; oziroma v angleškem jeziku: deescalation techniques, use of deescalation techniques, treating agitated patients, agitation of patients, aggression in healthcare, violence in health care, aggression management.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Strukturiran vprašalnik uporabljen za podatke raziskovalnega dela smo oblikovali s pomočjo pregleda tuje literature (Richmond, et al., 2012; Price & Baker, 2012; Mavandadi, et al., 2016). Vprašalnik je sestavljen iz petih delov in ima trinajst vprašanj. V prvem sklopu so vprašanja o poznavanju deeskalacijskih tehnik. Drugi sklop zajema vprašanja o odnosu do poznavanja in uporabe deeskalacijskih tehnik v praksi (pri anketirancih, ki so že zaposleni, in pri študentih oz. diplomantih, ki so zaposleni v zdravstveni negi preko študentskega servisa). Tretji sklop zajema vprašanja s področja izobraževanja o deeskalacijskih tehnikah. Četrti sklop zajema demografske podatke in podatke o zaposlitvi oz. statusu ter delovne izkušnje. Za uporabo vprašalnika v diplomskem delu smo upoštevali vsa pravila dobre prakse. V vprašalniku smo uporabili tri petstopenjske Likertove lestvice, s katerimi smo ugotavljali stopnjo strinjanja oz. nestrinjanja (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam) in eno šeststopenjsko Likertovo lestvico strinjanja oz. nestrinjanja, vezane na izobraževanje (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se

strinjam, 6 – predavanj še nisem poslušal/-a). Uporabili smo tudi zaprti tip vprašanj (en možen odgovor) in odprti tip vprašanja (število let delovnih izkušenj). Za zanesljivost merskega instrumenta je bil izračunan Cronbachov koeficient alfa, ki je pri vseh testiranjih presegal vrednost 0,8, kar predstavlja dobro zanesljivost.

Tabela 1: Preverjanje zanesljivosti merskega inštrumenta

Sklopi	Cronbach alfa
Likertova lestvica o poznavanju deeskalacijskih tehnik	0,809
Likertova lestvica o načelih deeskalacije	0,814
Likertova lestvica o obravnavi pacienta, ki je agitiran	0,833
Likertova lestvica o izobraževanju na področju deeskalacijskih tehnik	0,827

3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo namenski, neslučajnostni vzorec. Pri raziskavi smo za ciljno populacijo izbrali vse študente dodiplomskega in podiplomskega študija, absolvente in diplomante Fakultete za zdravstvo Angele Boškin v študijskem letu 2017/2018. Med dodiplomske študente smo uvrstili vse redno in izredno vpisane študente na dodiplomski študij zdravstvene nege. Med podiplomske študente smo vključili vse študente, vpisane na magistrski študij iz zdravstvene nege in promocije zdravja. Med absolvente smo uvrstili vse študente dodiplomskega študija z zaključenimi obveznostimi na fakulteti razen diplomskega dela. Med diplomante pa smo vključili vse študente z vsemi zaključenimi obveznostmi na fakulteti vključno z diplomskim delom, ki niso nadaljevali študija na magistrski stopnji. Vzorec je skupno obsegal 708 enot, vrnjenih smo dobili 228 rešenih vprašalnikov, kar znaša 32,2-odstotno realizacijo vzorca.

Tabela 2 prikazuje demografske podatke anketiranih. Anketirali smo 186 žensk (81,6 %) in 42 moških (18,4 %), ki redno ($n = 112$, 49,1 %) in izredno ($n = 116$, 50,9 %) študirajo na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin, od tega je 190 (83,3 %) anketiranih na dodiplomskem študiju in 38 (16,7 %) na podiplomskem študiju.

Tabela 2: Demografski podatki anketiranih

Demografski podatki		n	%
Spol	Ženski	186	81,6
	Moški	42	18,4
	Skupaj	228	100,0
Način študija	Redni	112	49,1
	Izredni	116	50,9
	Skupaj	228	100,0
Stopnja študija	Dodiplomski	190	83,3
	Podiplomski	38	16,7
	Skupaj	228	100,0
Letnik študija	1. dodiplomski	42	18,4
	2. dodiplomski	26	11,4
	3. dodiplomski	38	16,7
	Absolventi	35	15,4
	Diplomanti	37	16,2
	1. podiplomski	25	11,0
	2. podiplomski	13	5,7
	Skupaj	216	94,7
	Manjkajoče	12	5,3
Predhodna izobrazba	Srednja zdravstvena šola	157	68,9
	Druga strokovna poklicna izobrazba ali gimnazija	71	31,1
	Skupaj	228	100,0
Delovne izkušnje	Samo klinična praksa med študijem	89	39,0
	Sem zaposlen (redno ali preko študentskega servisa) v zdravstvu	137	60,1
	Skupaj	226	99,1
	Manjkajoče	2	0,9
Starost	PV	28,44	
	SO	9,552	
Delovna doba	PV	6,81	
	SO	4,712	

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

Tabela 3 prikazuje delovni status anketiranih. Polovico anketiranih je redno zaposlenih (n = 119, 52,2 %), nekaj jih je zaposlenih preko študentskega servisa (n = 38, 16,7 %) in 31, 1 % (n = 71) anketiranih je nezaposlenih.

Tabela 3: Delovni status anketiranih

Delovni status	Vzorec po načinu študija	n	%
Redno zaposleni	Dodiplomski	44	19,3
	Podiplomski, diplomanti	75	32,9
	Skupaj	119	52,2
Zaposleni v zdravstvu preko študentskega servisa	Dodiplomski	29	12,7
	Podiplomski, diplomanti	9	3,9
	Skupaj	38	16,7
Nezaposlen	Dodiplomski	46	20,2
	Podiplomski, diplomanti	25	10,9
	Skupaj	71	31,1

Legenda: Dodiplomski = 1., 2. in 3. dodiplomski letnik; Podiplomski, diplomanti = 1. in 2. podiplomski letnik in diplomanti; n = število odgovorov; % = odstotni delež

Tabela 4 prikazuje anketirane po združenih letnikih. V prvem in drugem letniku je 68 (31,5 %) anketiranih, v tretjem in ostalih letnikih pa 148 (68,5 %) anketiranih.

Tabela 4: Anketirani po združenih letnikih

Število anketiranih	Vzorec po letniku študija	n	%
Število anketiranih	1. in 2. dodiplomski letnik	68	31,5
	3. in ostali letniki	148	68,5

Legenda: 3. letnik in ostali = 3. dodiplomski letnik, absolventi, diplomanti, 1. in 2. podiplomski letnik; n = število odgovorov; % = odstotni delež

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Anketiranje je potekalo od januarja do marca 2018. Po odobritvi dispozicije in pridobljenih soglasjih na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin smo izvedli spletno anketo 1KA. Referat fakultete smo prosili, da nam posreduje elektronske naslove študentov in diplomantov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin, kamor smo poslali vabilo za izpolnjevanje spletnega vprašalnika Ker vemo, da je odziv na spletne vprašalnike slab, smo študente in diplomante po elektronski pošti večkrat prijazno prosili, da vprašalnik izpolnijo. K vprašalniku so bila priložena vsa potrebna navodila. Anketirancem smo zagotovili anonimnost. Podatke, ki smo jih pridobili z anketiranjem, smo uredili in jih statistično analizirali z računalniškim programom IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0 (IBM Corp., New York). Za analizo zastavljenih raziskovalnih vprašanj smo uporabili: frekvence in pripadajoče odstotke, povprečne vrednosti (PV), standardne odklone (SO), minimum (Min) in maksimum (Max). Za analizo razlik bomo uporabili t-test, test hi-kvadrat (p-vrednost statistične pomembnosti

$p < 0,05$) in analizo variance (ANOVA), za analizo povezanosti pa Pearsonov korelacijski koeficient ($p < 0,05$).

3.4 REZULTATI

Raziskovalno vprašanje 1: V kolikšni meri študenti in diplomanti Fakultete za zdravstvo Angele Boškin poznajo deeskalacijske tehnike?

Tabela 5 prikazuje poznavanje deeskalacijskih tehnik. Anketirani se v povprečju popolnoma strinjajo, da je dober in kakovosten terapevtski odnos najpomembnejši element pri uporabi deeskalacijskih tehnik (PV = 4,23, SO = 0,712). V povprečju se anketirani strinjajo, da so deeskalacijske tehnike usmeritve, kako pacienta, ki je agitiran, pomirimo, da ne pride do izbruha nasilja (PV = 4,08, SO = 0,713). Anketirani se v povprečju ne strinjajo, da imajo pri delu v zdravstvu malo stika z agresijo in nasiljem (PV = 1,97, SO = 1,024) in da deeskalacijske tehnike niso uporabne v klinični praksi (PV = 1,94, SO = 0,887).

Tabela 5: Poznavanje deeskalacijskih tehnik

Trditve	+/-	n	PV	SO	MIN	MAX
Delo v zdravstvu ima malo stika z agresijo in nasiljem.	-	228	1,97	1,024	1	5
Pacienti, ki so agresivni, so največkrat prisotni v psihiatričnih bolnišnicah.	-	228	2,54	1,122	1	5
Pri pacientu, ki je agitiran, se ne da preprečiti nasilja.	-	228	2,33	0,762	1	5
Deeskalacijske tehnike so usmeritve, kako pacienta, ki je agitiran, pomirimo, da ne pride do izbruha nasilja.	+	228	4,08	0,713	1	5
Poznamo samo verbalne deeskalacijske tehnike.	-	228	2,08	0,967	1	5
Poznamo samo neverbalne deeskalacijske tehnike.	-	228	1,89	0,762	2	5
Deeskalacijske tehnike niso uporabne v klinični praksi.	-	228	1,94	0,887	1	5
Deeskalacijo lahko izvaja le ustrezno izobražena in izkušena oseba.	+	228	3,39	1,107	1	5
Za izvajanje deeskalacije ne potrebujem dodatnega znanja.	-	228	1,96	0,779	1	5
Dober in kakovosten terapevtski odnos je najpomembnejši element pri uporabi deeskalacijskih tehnik.	+	228	4,23	0,712	1	5
V kliničnem okolju se uporabljajo t. i. lestvice za ocenjevanje stopnje agitiranosti pri pacientu.	+	228	3,65	0,942	1	5
V kliničnem okolju se uporabljajo t. i. lestvice za deeskaliranje pacienta, ki je agitiran.	-	228	3,28	0,990	1	5

Legenda: +/- = pravilnost trditve (pravilna/napačna); n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; MIN = najnižji podani odgovor; MAX = najvišji podani odgovor

Tabela 6 prikazuje razlike pri poznavanju deeskalacijskih tehnik glede na skupine letnikov študija, ki so razdeljene v tabeli 4. Do statistično pomembnih razlik prihaja pri naslednjih trditvah: Poznamo samo verbalne deeskalacijske tehnike ($t = 14,718$, $p = 0,014$), Deeskalacijske tehnike niso uporabne v klinični praksi ($t = 5,341$, $p = 0,022$) in Za izvajanje deeskalacije ne potrebujem dodatnega znanja ($t = 6,856$, $p = 0,009$), pri čemer se z navedenimi trditvami anketirani prvega in drugega dodiplomskega letnika bolj strinjajo kot anketirani tretjega in ostalih letnikov.

Tabela 6: Poznavanje deeskalacijskih tehnik glede na skupine letnikov študija

Trditve	+/-	Vzorec po letniku	n	PV	SO	t/p
Delo v zdravstvu ima malo stika z agresijo in nasiljem.	-	1. in 2.	68	1,96	0,984	1,800/0,181
		3. in ostali	148	2,00	1,135	
Pacienti, ki so agresivni, so največkrat prisotni v psihiatričnih bolnišnicah.	-	1. in 2.	68	2,52	1,112	0,728/0,394
		3. in ostali	148	2,48	1,206	
Pri pacientu, ki je agitiran, se ne da preprečiti nasilja.	-	1. in 2.	68	2,26	0,755	0,090/0,765
		3. in ostali	148	2,50	0,753	
Deeskalacijske tehnike so usmeritve, kako pacienta, ki je agitiran, pomirimo, da ne pride do izbruha nasilja.	+	1. in 2.	68	4,11	0,661	2,679/0,103
		3. in ostali	148	3,96	0,878	
Poznamo samo verbalne deeskalacijske tehnike.	-	1. in 2.	68	2,44	0,918	14,718/0,014
		3. in ostali	148	2,28	1,167	
Poznamo samo neverbalne deeskalacijske tehnike	-	1. in 2.	68	1,87	0,743	1,922/0,167
		3. in ostali	148	1,98	0,856	
Deeskalacijske tehnike niso uporabne v klinični praksi.	-	1. in 2.	68	2,22	0,834	5,341/0,022
		3. in ostali	148	2,11	1,016	
Deeskalacijo lahko izvaja le ustrezno izobražena in izkušena oseba.	+	1. in 2.	68	3,38	1,074	2,701/0,102
		3. in ostali	148	3,41	1,275	
Za izvajanje deeskalacije ne potrebujem dodatnega znanja.	-	1. in 2.	68	2,43	0,728	6,856/0,009
		3. in ostali	148	2,11	0,948	
Dober in kakovosten terapevtski odnos je najpomembnejši element pri uporabi deeskalacijskih tehnik.	+	1. in 2.	68	4,23	0,689	1,042/0,308
		3. in ostali	148	4,11	0,795	
V kliničnem okolju se uporabljajo t. i. lestvice za ocenjevanje stopnje agitiranosti pri pacientu.	+	1. in 2.	68	3,66	0,945	0,253/0,615
		3. in ostali	148	3,47	0,919	
V kliničnem okolju se uporabljajo t. i. lestvice za deeskaliranje pacienta, ki je agitiran.	-	1. in 2.	68	3,30	0,981	0,203/0,653
		3. in ostali	148	3,09	1,062	

Legenda: +/- = pravilnost trditve (pravilna/napačna); Vzorec po letniku študija = 1. in 2. dodiplomski, 3. dodiplomski in ostali (absolventi, diplomanti, 1. in 2. podiplomski letnik); n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = vrednost t-testa; p = stopnja značilnosti ($p < 0,05$)

Tabela 7 prikazuje načela deeskalacije. V povprečju se anketirani popolnoma ne strinjajo, da so pri deeskalaciji provokativni (PV = 1,69, SO = 0,810). Ne strinjajo se, da pri deeskalacijskih tehnikah uporabljajo dolge razlage (PV = 2,21, SO = 0,969). Delno se strinjajo, da se pri deeskalaciji s pacientom ne morejo strinjati (PV = 3,24, SO = 0,975). V povprečju se anketirani popolnoma strinjajo, da pri deeskalacijskih tehnikah aktivno poslušajo (PV = 4,33, SO = 0,658) in da govorijo z umirjenimi stavki (PV = 4,35, SO = 0,611).

Tabela 7: Načela deeskalacije

Trditve	+/-	n	PV	SO	MIN	MAX
Pri deeskalaciji upoštevamo pacientov prostor.	+	225	4,13	0,707	1	5
Pri deeskalacijskih tehnikah imamo možnost izhoda.	+	221	3,99	0,783	2	5
Pri uporabi deeskalacijskih tehnik ima pacient možnost izhoda.	-	220	3,66	0,935	1	5
Pri deeskalaciji smo provokativni.	-	222	1,69	0,810	1	4
Pri deeskalaciji neprestano ohranjamo očesni stik.	-	224	3,23	1,136	1	5
Pri deeskalaciji ne smemo dokazovati neresničnosti pacientovih besed.	+	220	3,70	1,081	1	5
Pri deeskalacijskih tehnikah se izmenjava več izvajalcev.	-	224	2,66	1,026	1	5
Deeskalacijo izvajamo v umirjenem prostoru.	+	224	4,21	0,701	2	5
Pri deeskalacijskih tehnikah smo vljudni.	+	224	4,25	0,709	2	5
Pri deeskalacijskih tehnikah uporabljamo dolge razlage.	-	221	2,21	0,969	1	5
Pri deeskalacijskih tehnikah ponavljamo ključne informacije.	+	223	3,91	0,817	1	5
Pri deeskalacijskih tehnikah aktivno poslušamo.	+	221	4,33	0,658	2	5
Pri deeskalaciji ima empatija pomembno vlogo.	+	224	4,17	0,853	1	5
Pri deeskalaciji se s pacientom strinjamo, da se ne moremo strinjati.	+	219	3,24	1,013	1	5
Pacientu med deeskalacijo postavljamo meje.	+	218	3,51	0,975	1	5
Pri deeskalaciji govorimo z umirjenimi stavki.	+	220	4,35	0,611	3	5
Deeskalacijske tehnike pacientu omogočajo drugo izbiro kot alternativo nasilju.	+	222	3,92	0,953	1	5

Legenda: +/- = pravilnost trditve (pravilna/napačna); n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; MIN = najnižji podani odgovor; MAX = najvišji podani odgovor

V tabeli 8 je prikazano poznavanje načel deeskalacije glede na skupine letnikov študija. Do statistično pomembnih razlik prihaja pri naslednjih trditvah: Pri deeskalacijskih tehnikah smo vljudni ($t = 20,251$, $p = 0,044$), Pri deeskalacijskih tehnikah ponavljamo ključne informacije ($t = 5,689$, $p = 0,018$), Pri deeskalacijskih tehnikah aktivno poslušamo ($t = 4,630$, $p = 0,032$), Pri deeskalaciji ima empatija pomembno vlogo ($t = 7,378$, $p = 0,007$), Pri deeskalaciji govorimo z umirjenimi stavki ($t = 6,783$, $p = 0,010$) in

Deeskalacijske tehnike pacientu omogočajo drugo izbiro kot alternativo nasilju ($t = 8,639$, $p = 0,004$), pri čemer se anketirani tretjega in ostalih letnikov bolj strinjajo z navedenimi trditvami kot anketirani prvega in drugega letnika.

Tabela 8: Načela deeskalacije glede na skupine letnikov študija

Trditve	+/-	Vzorec po letniku	n	PV	SO	t/p
Pri deeskalaciji upoštevamo pacientov prostor.	+	1. in 2.	68	4,02	0,849	0,192/0,662
		3. in ostali	148	4,17	0,664	
Pri deeskalacijskih tehnikah imamo možnost izhoda.	+	1. in 2.	68	4,00	0,889	1,237/0,267
		3. in ostali	148	4,00	0,759	
Pri uporabi deeskalacijskih tehnik ima pacient možnost izhoda.	-	1. in 2.	68	3,60	1,072	3,092/0,080
		3. in ostali	148	3,67	0,906	
Pri deeskalaciji smo provokativni.	-	1. in 2.	68	1,77	0,841	0,619/0,432
		3. in ostali	148	1,66	0,799	
Pri deeskalaciji neprestano ohranjamo očesni stik.	-	1. in 2.	68	3,18	1,267	0,510/0,476
		3. in ostali	148	3,24	1,108	
Pri deeskalaciji ne smemo dokazovati neresničnosti pacientovih besed.	+	1. in 2.	68	3,60	1,251	3,759/0,054
		3. in ostali	148	3,71	1,071	
Pri deeskalacijskih tehnikah se izmenjava več izvajalcev.	-	1. in 2.	68	2,47	0,991	0,001/0,970
		3. in ostali	148	2,72	1,011	
Deeskalacijo izvajamo v umirjenem prostoru.	+	1. in 2.	68	4,07	0,809	2,885/0,091
		3. in ostali	148	4,23	0,670	
Pri deeskalacijskih tehnikah smo vljudni.	+	1. in 2.	68	4,16	0,928	20,251/0,044
		3. in ostali	148	4,25	0,660	
Pri deeskalacijskih tehnikah uporabljamo dolge razlage.	-	1. in 2.	68	2,14	0,966	0,260/0,610
		3. in ostali	148	2,22	0,954	
Pri deeskalacijskih tehnikah ponavljamo ključne informacije.	+	1. in 2.	68	3,76	0,933	5,689/0,018
		3. in ostali	148	3,93	0,784	
Pri deeskalacijskih tehnikah aktivno poslušamo.	+	1. in 2.	68	4,26	0,819	4,630/0,032
		3. in ostali	148	4,33	0,616	
Pri deeskalaciji ima empatija pomembno vlogo.	+	1. in 2.	68	3,89	1,005	7,378/0,007
		3. in ostali	148	4,21	0,801	
Pri deeskalaciji se s pacientom strinjamo, da se ne moremo strinjati.	+	1. in 2.	68	3,29	1,014	0,005/0,941
		3. in ostali	148	3,21	1,025	
Pacientu med deeskalacijo postavljamo meje.	+	1. in 2.	68	3,14	1,104	0,383/0,536
		3. in ostali	148	3,61	0,923	
Pri deeskalaciji govorimo z umirjenimi stavki.	+	1. in 2.	68	4,19	0,764	6,783/0,010
		3. in ostali	148	4,38	0,574	
Deeskalacijske tehnike pacientu omogočajo drugo izbiro kot alternativo nasilju.	+	1. in 2.	68	3,75	1,164	8,639/0,004
		3. in ostali	148	3,98	0,878	

Legenda: +/- = pravilnost trditve (pravilna/napačna); Vzorec po letniku študija = 1. in 2. dodiplomski, 3. dodiplomski in ostali (absolventi, diplomanti, 1. in 2. podiplomski letnik); n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = vrednost t-testa; p = stopnja značilnosti ($p < 0,05$)

Tabela 9 prikazuje povezavo med poznavanjem načel deeskalacije ter starostjo in delovno dobo. Do statistično pomembne povezave prihaja med starostjo in dokazovanjem

pacientovih neresničnih besed. Korelacija je negativna in znatna ($r = -0,137$, $p = 0,037$), na podlagi česar lahko trdimo, da so mlajši anketirani mnenja, da pri deeskalaciji dokazujemo pacientove neresnične besede. Povezava nastaja tudi med starostjo in postavljanjem mej pacientu. Povezava je šibka in negativna ($r = -0,145$, $p = 0,028$), kar nam pove, da starejši anketirani bolj postavljajo meje pacientu med deeskalacijo kot mlajši anketirani.

Tudi med delovno dobo in poznavanjem načel deeskalacije prihaja do statistično pomembne povezave. Šibka pozitivna povezava ($r = 0,158$, $p = 0,017$) je med delovno dobo in strinjanjem s pacientom, pri čemer se anketirani s krajšo delovno dobo pri deeskalaciji redkeje strinjajo s pacientom kot anketirani z daljšo delovno dobo.

Tabela 9: Povezava med poznavanjem načel deeskalacije ter starostjo in delovno dobo

Trditve	+/-	Pearsonova korelacija	Starost	Delovna doba
Pri deeskalaciji upoštevamo pacientov prostor.	+	r_{xy}	0,019	0,016
		p	0,767	0,802
		n	239	234
Pri deeskalacijskih tehnikah imamo možnost izhoda.	+	r_{xy}	0,019	-0,048
		p	0,776	0,471
		n	235	230
Pri uporabi deeskalacijskih tehnik ima pacient možnost izhoda.	-	r_{xy}	0,112	0,010
		p	0,088	0,886
		n	234	229
Pri deeskalaciji smo provokativni.	-	r_{xy}	-0,097	-0,120
		p	0,138	0,070
		n	236	231
Pri deeskalaciji neprestano ohranjamo očesni stik.	-	r_{xy}	0,080	-0,113
		p	0,218	0,086
		n	238	233
Pri deeskalaciji ne smemo dokazovati neresničnosti pacientovih besed.	+	r_{xy}	-0,137*	0,127
		p	0,037	0,055
		n	233	228
Pri deeskalacijskih tehnikah se izmenjava več izvajalcev.	-	r_{xy}	-0,033	-0,121
		p	0,609	0,065
		n	238	233
Deeskalacijo izvajamo v umirjenem prostoru.	+	r_{xy}	-0,064	0,098
		p	0,324	0,134
		n	238	233
Pri deeskalacijskih tehnikah smo vljudni.	+	r_{xy}	0,008	0,070
		p	0,900	0,286
		n	238	233

Trditve	+/-	Pearsonova korelacija	Starost	Delovna doba
Pri deeskalacijskih tehnikah uporabljamo dolge razlage.	-	r_{xy}	0,054	-0,099
		p	0,410	0,136
		n	235	230
Pri deeskalacijskih tehnikah ponavljamo ključne informacije.	+	r_{xy}	-0,027	0,027
		p	0,677	0,683
		n	237	232
Pri deeskalacijskih tehnikah aktivno poslušamo.	+	r_{xy}	-0,048	0,008
		p	0,464	0,899
		n	235	230
Pri deeskalaciji ima empatija pomembno vlogo.	+	r_{xy}	0,015	0,084
		p	0,820	0,200
		n	238	233
Pri deeskalaciji se s pacientom strinjamo, da se ne moremo strinjati.	+	r_{xy}	0,107	0,158*
		p	0,103	0,017
		n	233	228
Pacientu med deeskalacijo postavljamo meje.	+	r_{xy}	-0,145*	0,079
		p	0,028	0,239
		n	232	227
Pri deeskalaciji govorimo z umirjenimi stavki.	+	r_{xy}	0,031	0,107
		p	0,641	0,106
		n	234	229
Deeskalacijske tehnike pacientu omogočajo drugo izbiro kot alternativo nasilju.	+	r_{xy}	0,058	0,125
		p	0,375	0,058
		n	236	231

Legenda: +/- = pravilnost trditve (pravilna/napačna); Pearsonova korelacija (r_{xy}) = p = statistična značilnost ($p < 0,005$); n = velikost vzorca; Starost = mlajši/starejši glede na povprečno starost; Delovna doba = dalj časa zaposleni/novozaposleni glede na povprečno delovno dobo; **Korelacija je statistično pomembna na ravni 0,01; *Korelacija je statistično pomembna na ravni 0,05

Raziskovalno vprašanje 2: Kakšna je uporaba deeskalacijskih tehnik v praksi med študenti in diplomanti Fakultete za zdravstvo Angele Boškin?

Tabela 10 prikazuje uporabo deeskalacijskih tehnik med kliničnim usposabljanjem in službo med diplomanti in študenti. Največ študentov deeskalacijskih tehnik ne pozna in jih ne uporablja ($n = 85$, 37,3 %), deeskalacijske tehnike pa pozna, vendar jih ne uporablja 18 % ($n = 41$) študentov. Študentov, ki poznajo deeskalacijske tehnike, jih uporabljajo in imajo z njimi dobre izkušnje, je 15,7 % ($n = 36$). Nihče od diplomantov ne meni, da so deeskalacijske tehnike neuporabne. Deeskalacijske tehnike pozna in uporablja 34,2 % ($n = 13$) diplomantov, tehnik ne pozna in ne uporablja 26,3 % diplomantov ($n = 10$). Na podlagi testa hi-kvadrat lahko pri prvih dveh trditvah ovržemo ničelno hipotezo in sprejmemo nasprotno. Do statistično pomembne povezave prihaja med uporabo deeskalacijskih tehnik pri študentih in diplomantih, in sicer se študentje bolj kot diplomanti strinjajo, da so deeskalacijske tehnike neuporabne ($p = 0,003$). Prav tako imajo študentje manj dobrih izkušenj z uporabo tehnik kot diplomanti ($p = 0,008$).

Tabela 10: Uporaba deeskalacijskih tehnik v kliničnem okolju

Uporaba deeskalacijskih tehnik v kliničnem okolju	Študenti		Diplomanti		X ² /p
	n	%	n	%	
Deeskalacijske tehnike poznam, vendar mislim, da so neuporabne.	4	1,8	0	0	7,202/0,003
Deeskalacijske tehnike poznam, vendar z njimi nimam dobrih izkušenj.	8	3,6	2	5,2	12,058/0,008
Deeskalacijske tehnike poznam, vendar jih ne uporabljam.	41	18	11	28,9	6,408/0,081
Deeskalacijskih tehnik ne poznam in jih ne uporabljam.	85	37,3	10	26,3	9,418/0,311
Deeskalacijske tehnike poznam, jih uporabljam, z njimi imam dobre izkušnje in so uporabne.	36	15,7	13	34,2	13,473/0,851

Legenda: Študenti = 1., 2., 3.dodiplomski in absolventi; Diplomanti = diplomanti in 1. ter 2. podiplomski letnik; n = število odgovorov, % = odstotni delež; X² = vrednost testa hi-kvadrat; p = dvostranska statistična značilnost testa hi-kvadrat (p < 0,005)

Tabela 11 prikazuje uporabo deeskalacijskih tehnik v kliničnem okolju. Deeskalacijske tehnike pozna in jih uporablja 45 (30,4 %) anketiranih iz tretjega in ostalih letnikov. Deeskalacijskih tehnik ne pozna in jih ne uporablja 41 (60,2 %) anketiranih iz prvega in drugega letnika ter 68 (45,9 %) anketiranih iz tretjega in ostalih letnikov. Ostali podatki so prikazani v tabeli 12. Na podlagi testa hi-kvadrat lahko pri prvih dveh trditvah ovržemo ničelno hipotezo in sprejmemo nasprotno. Do statistično pomembne povezave prihaja med uporabo deeskalacijskih tehnik pri študentih glede na skupine letnikov študija, in sicer se študentje prvega in drugega letnika bolj kot študentje tretjega in ostalih letnikov strinjajo, da so deeskalacijske tehnike neuporabne (p = 0,012). Prav tako imajo študentje prvega in drugega letnika manj dobrih izkušenj z uporabo tehnik kot študentje tretjega in ostalih letnikov (p = 0,041).

Tabela 11: Uporaba deeskalacijskih tehnik v kliničnem okolju po skupinah letnikov študija

Trditve	Vzorec po letniku	n	%	X ² /p
Deeskalacijske tehnike poznam, vendar mislim, da so neuporabne.	1. in 2.	4	5,9	18,021/0,012
	3. in ostali	0	0	
Deeskalacijske tehnike poznam, vendar z njimi nimam dobrih izkušenj.	1. in 2.	4	5,9	11,527/0,041
	3. in ostali	4	2,7	
Deeskalacijske tehnike poznam, vendar jih ne uporabljam.	1. in 2.	16	23,5	8,015/0,088
	3. in ostali	31	20,9	
Deeskalacijskih tehnik ne poznam in jih ne uporabljam.	1. in 2.	41	60,2	21,654/0,784
	3. in ostali	68	45,9	

Trditve	Vzorec po letniku	n	%	X ² /p
Deeskalacijske tehnike poznam, jih uporabljam, z njimi imam dobre izkušnje in so uporabne.	1. in 2.	4	5,9	14,228/0,669
	3. in ostali	45	30,4	

Legenda: Vzorec po letniku študija = 1. in 2. dodiplomski, 3. dodiplomski in ostali (absolventi, diplomanti, 1. in 2. podiplomski letnik); n = število odgovorov, % = odstotni delež; X² = vrednost testa hi-kvadrat; p = dvostranska statistična značilnost testa hi-kvadrat (p < 0,005)

Raziskovalno vprašanje 3: Kakšen je odnos do poznavanja in uporabe deeskalacijskih tehnik med študenti in diplomanti Fakultete za zdravstvo Angele Boškin?

Tabela 12 prikazuje pogostost stika anketiranih s pacienti, ki so agitirani, glede na letnik študija. Najpogosteje se s tovrstnimi pacienti srečujejo anketirani iz tretjega in ostalih letnikov (n = 29, 12,7 %). Anketirani se največkrat občasno srečajo s pacienti, ki so agitirani (n = 134, 58,8 %). Pogosto se s pacienti, ki so agitirani, sreča 22,4 % (n = 51) študentov. S tovrstnimi pacienti se nikoli ne sreča 17,1 % (n = 39) študentov.

Tabela 12: Pogostost stika anketiranih s pacienti, ki so agitirani, glede na letnik študija

Pogostost stika s pacienti, ki so agitirani	Vzorec po letniku	n	%
Pogosto	1. in 2.	22	9,6
	3. in ostali	29	12,7
	Skupaj	51	22,4
Občasno	1. in 2.	84	36,8
	3. in ostali	50	21,9
	Skupaj	134	58,8
Nikoli	1. in 2.	28	12,3
	3. in ostali	11	4,8
	Skupaj	39	17,1

Legenda: Vzorec po letniku = 1. in 2. dodiplomski, 3. dodiplomski in ostali (absolventi, diplomanti, 1. in 2. podiplomski letnik); n = število odgovorov; % = odstotni delež

Tabela 13 prikazuje poznavanje in uporabo deeskalacijskih tehnik. Študenti se delno strinjajo z naslednjimi trditvami: Agitacija je oblika vedenja, za katerega je značilna močna potrditev s sovražnimi toni (PV = 3,55, SO = 0,923), Pacientu, ki je agitiran, apliciram terapijo za pomiritev (PV = 3,00, SO = 0,995), Pacienta, ki je agitiran, me je strah (PV = 3,00, SO = 1,016), Pri obravnavi pacienta, ki je agitiran, uporabljam ocenjevalne lestvice (ocena stopnje agitiranosti, ocena deeskalacije pacienta) (PV = 3,29, SO = 1,084) in Pacienta, ki je agitiran, prepričujem, naj se ne razburja (PV = 2,66, SO = 1,073).

Tabela 13: Poznavanje in uporaba deeskalacijskih tehnik

Trditve	+/-	n	PV	SO	MIN	MAX
Agitacija je oblika vedenja, za katerega je značilna močna potrditev s sovražnimi toni.	+	226	3,55	0,923	1	5
Agitacija je oblika vedenja, ki jo lahko prepoznamo.	+	222	3,88	0,742	2	5
Agitacija je oblika vedenja, pri kateri so deeskalacijske tehnike uporabne.	+	219	3,96	0,731	1	5
Pacienta, ki je agitiran, poskušam z glasnim kričanjem umiriti.	-	224	1,55	0,774	1	4
Z vidno agitiranim pacientom se pogovorim, v čem je težava.	+	223	3,88	0,857	1	5
Pacienta, ki je agitiran, prepričujem, naj se ne razburja.	-	223	2,66	1,073	1	5
Pacientu, ki je agitiran, apliciram terapijo za pomiritev.	-	222	3,00	0,995	1	5
Pacienta, ki je agitiran, pustim pri miru, ga ne ogovarjam.	-	221	2,23	0,872	1	5
Pacienta, ki je agitiran, me je strah.	/	224	3,00	1,016	1	5
Pri obravnavi pacienta, ki je agitiran, prosim za pomoč sodelavce.	/	221	3,70	0,794	1	5
Pri obravnavi pacienta, ki je agitiran, uporabljam ocenjevalne lestvice (ocena stopnje agitiranosti, ocena deeskalacije pacienta).	/	222	3,29	1,084	1	5

Legenda: +/- = pravilnost trditve (pravilna/napačna); n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon, MIN = najnižji podani odgovor; MAX = najvišji podani odgovor

Tabela 14 prikazuje povezavo med poznavanjem in uporabo deeskalacijskih tehnik, letnikom študija in predhodno izobrazbo. Statistično pomembna povezava nastaja med letnikom študija in poznavanjem ter uporabo deeskalacijskih tehnik, pri čemer je redne študente bolj kot izredne strah pacienta, ki je agitiran ($r = 0,195$, $p = 0,003$). Rezultati Pearsonove korelacije so pokazali, da prihaja do statistično pomembne povezanosti med predhodno izobrazbo in poznavanjem in uporabo deeskalacijskih tehnik (povezava je pozitivna in znatna). Ugotovili smo, da študentje s predhodno zdravstveno izobrazbo pri obravnavi pacienta, ki je agitiran, bolj uporabljajo ocenjevalne lestvice kot študentje, ki predhodne zdravstvene izobrazbe nimajo ($r = 0,145$, $p = 0,031$).

Tabela 14: Povezanost med poznavanjem in uporabo deeskalacijskih tehnik ter demografskimi podatki

Trditve	+/-	Pearsonova korelacija	Letnik študija	Predhodna izobrazba
Agitacija je oblika vedenja, za katerega je značilna močna potrditev s sovražnimi toni.	+	r_{xy}	0,020	-0,044
		p	0,762	0,509
		n	216	226
Agitacija je oblika vedenja, ki jo lahko prepoznamo.	+	r_{xy}	-0,088	0,004
		p	0,189	0,958
		n	216	222

Trditve	+/-	Pearsonova korelacija	Letnik študija	Predhodna izobrazba
Agitacija je oblika vedenja, pri kateri so deeskalacijske tehnike uporabne.	+	r_{xy}	0,114	0,078
		p	0,092	0,250
		n	216	219
Pacienta, ki je agitiran, poskušam z glasnim kričanjem umiriti.	-	r_{xy}	-0,105	-0,118
		p	0,116	0,079
		n	216	224
Z vidno agitiranim pacientom se pogovorim, v čem je težava.	+	r_{xy}	-0,021	0,081
		p	0,760	0,229
		n	216	223
Pacienta, ki je agitiran, prepričujem, naj se ne razburja.	-	r_{xy}	-0,040	-0,031
		p	0,557	0,643
		n	216	223
Pacientu, ki je agitiran, apliciram terapijo za pomiritev.	-	r_{xy}	-0,093	-0,062
		p	0,166	0,361
		n	216	222
Pacienta, ki je agitiran, pustim pri miru, ga ne ogovarjam.	-	r_{xy}	0,017	-0,064
		p	0,797	0,342
		n	216	221
Pacienta, ki je agitiran, me je strah.	/	r_{xy}	0,195*	0,010
		p	0,003	0,888
		n	216	224
Pri obravnavi pacienta, ki je agitiran, prosim za pomoč sodelavce.	/	r_{xy}	-0,106	0,082
		p	0,116	0,225
		n	216	221
Pri obravnavi pacienta, ki je agitiran, uporabljam ocenjevalne lestvice (ocena stopnje agitiranosti, ocena deeskalacije pacienta).	/	r_{xy}	-0,084	0,145*
		p	0,213	0,031
		n	216	222

Legenda: +/- = pravilnost trditve (pravilna/napačna); Pearsonova korelacija (r_{xy}) = p = statistična značilnost ($p < 0,005$); n = velikost vzorca; Letnik študija = redni/izredni; Predhodna izobrazba = srednja zdravstvena šola ali druga strokovna šola oz. gimnazija; **Korelacija je statistično pomembna na ravni 0,01; *Korelacija je statistično pomembna na ravni 0,05

Tabela 15 prikazuje povezavo med poznavanjem in uporabo deeskalacijskih tehnik in starostjo, ki se je pokazala za statistično pomembno. Srednje močna negativna povezava ($r = -0,283$, $p = 0,001$) nam pokaže, da mlajši anketirani menijo, da je pacienta, ki je agitiran, možno umiriti s kričanjem. Znatno negativna povezava nam pokaže ($r = -0,155$, $p = 0,022$), da starejši anketirani bolj kot mlajši menijo, da pacientu, ki je agitiran, apliciramo terapijo za pomiritev in da jih je pacienta, ki je agitiran, strah ($r = -0,140$, $p = 0,037$). Znatno negativna povezava nam prav tako pokaže, da starejši anketirani bolj kot mlajši pri obravnavi pacienta, ki je agitiran, uporabljajo ocenjevalne lestvice ($r = 0,198$, $p = 0,003$).

Tabela 15: Povezanost med poznavanjem in uporabo deeskalacijskih tehnik ter starostjo anketiranih

Trditve	+/-	Pearsonova korelacija	Starost
Agitacija je oblika vedenja, za katerega je značilna močna potrditev s sovražnimi toni.	+	r_{xy}	0,140
		p	0,336
		n	224
Agitacija je oblika vedenja, ki jo lahko prepoznamo.	+	r_{xy}	-0,018
		p	0,791
		n	220
Agitacija je oblika vedenja, pri kateri so deeskalacijske tehnike uporabne.	+	r_{xy}	0,110
		p	0,106
		n	217
Pacienta, ki je agitiran, poskušam z glasnim kričanjem umiriti.	-	r_{xy}	-0,283*
		p	0,001
		n	222
Z vidno agitiranim pacientom se pogovorim, v čem je težava.	+	r_{xy}	-0,059
		p	0,379
		n	221
Pacienta, ki je agitiran, prepričujem, naj se ne razburja.	-	r_{xy}	-0,076
		p	0,263
		n	221
Pacientu, ki je agitiran, apliciram terapijo za pomiritev.	-	r_{xy}	-0,155*
		p	0,022
		n	220
Pacienta, ki je agitiran, pustim pri miru, ga ne ogovarjam.	-	r_{xy}	-0,106
		p	0,119
		n	219
Pacienta, ki je agitiran, me je strah.	/	r_{xy}	-0,140*
		p	0,037
		n	222
Pri obravnavi pacienta, ki je agitiran, prosim za pomoč sodelavce.	/	r_{xy}	0,063
		p	0,357
		n	219
Pri obravnavi pacienta, ki je agitiran, uporabljam ocenjevalne lestvice (ocena stopnje agitiranosti, ocena deeskalacije pacienta).	/	r_{xy}	0,198*
		p	0,003
		n	220

Legenda: +/- = pravilnost trditve (pravilna/napačna); Pearsonova korelacija (r_{xy}) = p = statistična značilnost ($p < 0,005$); n = velikost vzorca; Starost = starejši/mlajši glede na povprečno starost; **Korelacija je statistično pomembna na ravni 0,01; *Korelacija je statistično pomembna na ravni 0,05; n = velikost vzorca

Raziskovalno vprašanje 4: Kakšne so razlike v uporabi deeskalacijskih tehnik glede na letnik študija, spol in delovne izkušnje?

Tabela 16 prikazuje razlike pri uporabi deeskalacijskih tehnik glede na skupine letnikov študija. Do statistično pomembnih razlik prihaja pri naslednjih dveh trditvah: Agitacija je oblika vedenja, pri kateri so deeskalacijske tehnike uporabne ($t = 7,011$, $p = 0,009$), Pri

obravnavi pacienta, ki je agitiran, prosim za pomoč sodelavce ($t = 4,531$, $p = 0,034$). Z uporabo navedenih deeskalacijskih tehnik se študentje tretjega in ostalih letnikov bolj strinjajo kot študentje prvega in drugega letnika.

Tabela 16: Razlike v uporabi deeskalacijskih tehnik glede na skupine letnikov študija

Trditve	+/-	Vzorec po letniku	n	PV	SO	t/p
Agitacija je oblika vedenja, za katerega je značilna močna potrditev s sovražnimi toni.	+	1. in 2.	68	3,85	0,745	0,863/0,354
		3. in ostali	148	4,00	0,679	
Agitacija je oblika vedenja, ki jo lahko prepoznamo.	+	1. in 2.	68	3,86	0,786	0,008/0,931
		3. in ostali	148	4,25	0,630	
Agitacija je oblika vedenja, pri kateri so deeskalacijske tehnike uporabne.	+	1. in 2.	68	1,60	0,789	7,011/0,009
		3. in ostali	148	1,83	0,656	
Pacienta, ki je agitiran, poskušam z glasnim kričanjem umiriti.	-	1. in 2.	68	3,89	0,881	0,850/0,357
		3. in ostali	148	3,75	0,707	
Z vidno agitiranim pacientom se pogovorim, v čem je težava.	+	1. in 2.	68	2,76	1,078	2,089/0,150
		3. in ostali	148	2,15	0,921	
Pacienta, ki je agitiran, prepričujem, naj se ne razburja.	-	1. in 2.	68	3,05	0,955	3,672/0,57
		3. in ostali	148	3,12	1,123	
Pacientu, ki je agitiran, apliciram terapijo za pomiritev.	-	1. in 2.	68	2,28	0,866	1,850/0,175
		3. in ostali	148	2,03	0,832	
Pacienta, ki je agitiran, pustim pri miru, ga ne ogovarjam.	-	1. in 2.	68	3,06	1,030	0,053/0,818
		3. in ostali	148	2,80	0,966	
Pacienta, ki je agitiran, me je strah.	/	1. in 2.	68	3,72	0,783	0,282/0,596
		3. in ostali	148	3,65	0,834	
Pri obravnavi pacienta, ki je agitiran, prosim za pomoč sodelavce.	/	1. in 2.	68	3,28	1,075	4,531/0,034
		3. in ostali	148	3,35	1,293	
Pri obravnavi pacienta, ki je agitiran, uporabljam ocenjevalne lestvice (ocena stopnje agitiranosti, ocena deeskalacije pacienta).	/	1. in 2.	68	3,85	0,745	0,863/0,354
		3. in ostali	148	4,00	0,679	

Legenda: +/- = pravilnost trditve (pravilna/napačna); Vzorec po letniku študija = 1. in 2. dodiplomski, 3. dodiplomski in ostali (absolventi, diplomanti, 1. in 2. podiplomski letnik); n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = vrednost t-testa; p = stopnja značilnosti ($p < 0,05$); +/- = pravilnost trditve

Tabela 17 prikazuje razlike v uporabi deeskalacijskih tehnik glede na spol. Do statistično pomembnih razlik prihaja, zato lahko ničelno hipotezo zavrnamo in sprejmemo nasprotno: ženske se bolj kot moški strinjajo, da je agitacija oblika vedenja, za katerega je značilna močna potrditev s sovražnimi toni ($t = 8,968$, $p = 0,003$), in da pacienta, ki je agitiran, poskušajo umiriti z glasnim kričanjem ($t = 33,980$, $p = 0,008$).

Tabela 17: Razlike v uporabi deeskalacijskih tehnik glede na spol

Trditve	+/-	Spol	n	PV	SO	t/p
Agitacija je oblika vedenja, za katerega je značilna močna potrditev s sovražnimi toni.	+	ženski	184	3,57	0,927	0,007/0,935
		moški	42	3,50	0,917	
Agitacija je oblika vedenja, ki jo lahko prepoznamo.	+	ženski	182	3,90	0,698	8,968/0,003
		moški	40	3,78	0,920	
Agitacija je oblika vedenja, pri kateri so deeskalacijske tehnike uporabne.	+	ženski	180	4,01	0,697	8,209/0,055
		moški	39	3,74	0,850	
Pacienta, ki je agitiran, poskušam z glasnim kričanjem umiriti.	-	ženski	182	1,45	0,644	3,980/0,008
		moški	42	1,98	1,093	
Z vidno agitiranim pacientom se pogovorim, v čem je težava.	+	ženski	182	3,87	0,861	0,050/0,824
		moški	41	3,93	0,848	
Pacienta, ki je agitiran, prepričujem, naj se ne razburja.	-	ženski	182	2,62	1,027	3,622/0,058
		moški	41	2,85	1,256	
Pacientu, ki je agitiran, apliciram terapijo za pomiritev.	-	ženski	180	2,93	0,955	3,357/0,068
		moški	42	3,31	1,115	
Pacienta, ki je agitiran, pustim pri miru, ga ne ogovarjam.	-	ženski	182	2,27	0,866	0,549/0,459
		moški	39	2,05	0,887	
Pacienta, ki je agitiran, me je strah.	/	ženski	182	2,94	0,981	2,870/0,092
		moški	42	3,26	1,127	
Pri obravnavi pacienta, ki je agitiran, prosim za pomoč sodelavce.	/	ženski	181	3,67	0,737	6,698/0,060
		moški	40	3,80	1,018	
Pri obravnavi pacienta, ki je agitiran, uporabljam ocenjevalne lestvice (ocena stopnje agitiranosti, ocena deeskalacije pacienta).	/	ženski	180	3,33	1,046	0,942/0,333
		moški	42	3,10	1,226	

Legenda: +/- = pravilnost trditve (pravilna/napačna); Spol = moški/ženski; n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = vrednost t-testa; p = stopnja značilnosti ($p < 0,05$)

V nadaljevanju so prikazani še ostali statistični rezultati.

Tabela 18 prikazuje izobraževanje o deeskalacijskih tehnikah. Anketirani se v povprečju popolnoma strinjajo, da bi bilo potrebnih več izobraževalnih vsebin s tega področja (PV = 4,87, SO = 0,890) in da bi se udeležili delavnice o deeskalacijskih tehnikah. Z ostalimi trditvami v tabeli 18 se anketirani v povprečju strinjajo.

Tabela 18: Izobraževanje o deeskalacijskih tehnikah

Trditve	n	PV	SO	MIN	MAX
Na predavanjih pridobim znanje o deeskalacijskih tehnikah.	225	3,99	1,741	1	6

Trditve	n	PV	SO	MIN	MAX
Na predavanjih pridobim dovolj znanja za uporabo deeskalacijskih tehnik v klinični praksi.	224	3,76	1,815	1	6
Z znanjem s predavanj lahko deeskaliram pacienta.	222	3,64	1,829	1	6
Med šolanjem sem izvedel dovolj o deeskalaciji in deeskalacijskih tehnikah.	223	3,41	1,818	1	6
Potrebni bi bilo nekoliko več izobraževanj s tega področja.	222	4,87	0,890	3	6
Udeležil/-a bi se delavnice o deeskalacijskih tehnikah.	223	4,81	0,977	1	6

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; MIN = najnižji podani odgovor; MAX = najvišji podani odgovor; Likertova lestvica: 1 – sploh se ne strinjam; 2 – se ne strinjam; 3 – delno se strinjam; 4 – se strinjam; 5 – popolnoma se strinjam; 6 - predavanj še nisem poslušal/-a

4 RAZPRAVA

Raziskava je pokazala, da študenti in diplomanti Fakultete za zdravstvo Angele Boškin dobro poznajo deeskalacijske tehnike; študenti prvega in drugega letnika pričakovano manj, saj še niso poslušali predavanj o deeskalaciji in deeskalacijskih tehnikah. Anketirani se zavedajo, da je delo v zdravstvu zelo izpostavljeno agresivnim in nasilnim stikom vendar so prav tako mnenja, da se nasilje da preprečiti in da so deeskalacijske tehnike uporabne v kliničnem okolju. Tudi drugi avtorji navajajo pomen izobraževanja na področju deeskalacije (Nau, et al., 2010; Gauba, 2014; Vovko & Rukavina, 2017). Dokazali smo, da se je deeskalacije treba naučiti s pomočjo teoretičnih in praktičnih izobraževanj, s katerimi nadgrajujemo znanje s tega področja in nato uspešno deeskaliramo pacienta. V problematiki nepoznavanja deeskalacijskih tehnik pa se moramo tega zavedati in izboljševati znanje s tega področja, saj s tem stremimo k sodobneši, bolj k pacientu usmerjeni obravnavi (Ključanin, 2015; Jonas-Dwyer, et al., 2017; Vovko & Rukavina, 2017). Pozitivno nas je presenetilo, da anketirani v večini poznajo definicijo deeskalacijskih tehnik ter da se zavedajo pomembnosti dobrega in kakovostnega terapevtskega odnosa kot elementa pri deeskalaciji pacienta. O terapevtskem odnosu je govorila že Hildegard Peplau, ki poudarja, da je dober odnos med pacientom in medicinsko sestro zelo pomembnem del zdravstvene obravnave. Cenila je znanje in njegovo širjenje, zato medicinsko sestro predstavlja kot učiteljico s poudarkom na dobri komunikaciji s pacientom, s katero gradimo dober odnos in pacientu pomagamo k izboljšanju zdravja (Penden, et al., 2015). Raziskava nam je pokazala, da se študenti in diplomanti zavedajo, da lahko deeskalacijo izvaja le ustrezno izobražena in izkušena oseba z zadostnim znanjem s področja uporabe deeskalacijskih tehnik in terapevtskega odnosa. Nekoliko neodločeni so bili pri vprašanju o vrstah deeskalacijskih tehnik. Raziskava je namreč pokazala, da bolj stremijo k verbalnim deeskalacijskim tehnikam, torej da poznamo le verbalne deeskalacijske tehnike, toda Price in Baker (2012) ter Richmond in sodelavci (2012) izpostavljajo, da to ne drži povsem – poznamo verbalne in neverbalne deeskalacijske tehnike, ki so med seboj enakovredne pri deeskalaciji pacienta, ki je agitiran. Tako kot so pomembni dobra komunikacija, aktivno poslušanje in miren ton glasu, so pomembni tudi miren prostor, telesna govorica in gibanje osebe, ki izvaja deeskalacijo. Razlika se kaže med letniki študija, predvsem glede na dejstvo, da prvi in drugi letniki dodiplomskega študija še niso poslušali predavanj, ki sledijo v tretjem

letniku. Dokazali smo, da se pri anketiranih, ki še niso poslušali predavanj o deeskalaciji, pojavi neskladje s pravilnostjo zastavljenih trditev in da manj verjamejo v učinkovitost deeskalacije. Naši anketiranci, ki še niso imeli predavanj iz zdravstvene nege na področju psihiatrije, so večkrat nepravilno odgovorili na zastavljene trditve, predvsem pri tistih, vezanih na soočanje s pacientom. Pri natančnejšem poznavanju deeskalacije oziroma načel deeskalacijskih tehnik lahko potrdimo, da anketirani poznajo tudi podrobnejšo razdelitev. Pravilno so se opredelili pri večini zastavljenih trditev, kar potrjuje, da dobro poznajo deeskalacijske tehnike. Pri interpretaciji poznavanja načel deeskalacije glede na letnik študija je opazna razlika, ki smo jo pričakovali pred pričetkom raziskovanja – višji letniki (tretji dodiplomski ter prvi in drugi podiplomski), absolventi in diplomanti oziroma anketirani, ki so že poslušali predavanja o deeskalaciji, poznajo načela bolje kot tisti, ki predavanj še niso poslušali (prvi in drugi letnik dodiplomskega študija). Tako lahko primerjamo ugotovitve z raziskavami tujih avtorjev o pomembnosti izobraževanja na področju deeskalacije in deeskalacijskih tehnik. Nau s sodelavci (2010) navaja, da se s pomočjo izobraževanj nadgrajuje znanje študentov s področja deeskalacije in da usposabljanje pozitivno vpliva na uspešnost pri procesu obravnave pacienta, ki je agitiran. S tem se strinjajo tudi Jonas-Dwyer s sodelavci (2017), Vovko in Rukavina (2017), Ključanin (2015) in Breech (2008). Presenetil nas je podatek, da se prvi in drugi letniki bolj strinjajo s trditvijo, da smo med deeskalacijo provokativni. Glede na starost starejši anketirani pacientom pogosteje postavljajo meje kot mlajši anketirani, mlajši pa menijo, da pri deeskalaciji pacientu dokazujemo neresničnost njegovih besed. Price in Baker (2012) navajata, da pacientu ne dokazujemo neresničnosti njegovih besed, temveč ga aktivno poslušamo, postavljamo odprta vprašanja, poskušamo ugotoviti vzrok agitacije in mu pomagamo rešiti težavo. Provokacija med deeskalacijo ni dovoljena, saj deluje ravno nasprotno od zastavljenega cilja, torej govorimo mirno, z mehkim glasom, lahko uporabimo tišino in alternative za reševanje težave. Poleg omenjenega je poudarjeno tudi postavljanje mej med deeskalacijo. Pacient mora biti seznanjen z dopustnim oziroma nedopustnim vedenjem, poznati mora posledice in ukrepanja, ko vedenje postane nesprejemljivo (Richmond, et al., 2012). Z opisanim se strinjata tudi Kurinčič in Saje (2017).

V nadaljevanju nas je zanimalo, kako študenti in diplomanti uporabljajo deeskalacijske tehnike. Raziskava je pokazala, da največ anketiranih deeskalacijskih tehnik ne uporablja, ker jih ne pozna, nato pa se mnenja nekoliko poenotijo – približno enako število anketiranih se je opredelilo, da deeskalacijske tehnike pozna, vendar jih dobra polovica ne uporablja, druga polovica pa ima z deeskalacijo in deeskalacijskimi tehnikami dobre izkušnje, menijo da so uporabne in jih uporabljajo pri obravnavi pacientov. Presenetljiv je podatek anketirancev iz prvega in drugega letnika dodiplomskega študija, ki še niso poslušali predavanj s področja deeskalacije in ki so se v kar nekaj primerih opredelili, da deeskalacijske tehnike poznajo. Lahko potrdimo, da so tretji letniki dodiplomskega študija, absolventi in diplomanti bolj naklonjeni deeskalaciji in uporabi deeskalacijskih tehnik, kar je bilo pričakovano že pred začetkom raziskovanja.

V raziskovanju odnosa do poznavanja in uporabe deeskalacijskih tehnik smo ugotovili, da so anketirani pripravljene obravnavati pacienta, ki je agitiran, poskusili bi ga pomiriti, vendar pa so neopredeljeni, ali bi aplicirali tudi terapijo za pomiritev. Uporaba standardnih umiritvenih ukrepov ni nikakor prva, vendar vedno zadnja metoda izbire obravnave pacienta, ki je agitiran in pri katerem deeskalacija ni bila uspešna, kar nam potrjuje vrsta avtorjev (Price & Baker, 2012; Chigbundu, 2015; Lavelle, et al., 2016; Miminović, 2016). Pridobili smo podatke, da je anketirane strah pacientov, ki so agitirani, in da pri obravnavi takih pacientov prosijo za pomoč sodelavce. Strinjajo pa se, da so deeskalacijske tehnike uporabne pri agitaciji z namenom preprečevanja izbruha nasilja. Več avtorjev potrjuje, da z deeskalacijskimi tehnikami uspešno obravnavamo pacienta, ki je agitiran (Godfrey, et al., 2014; Bregar, 2013; Jonas-Dwyer, et al., 2017; Kurinčič & Saje, 2017; Vovko & Rukavina, 2017). Ugotovili smo, da ženske pogosteje oziroma prej kot moški aplicirajo terapijo za pomiritev; moški pa so mnenja, da so deeskalacijske tehnike uporabnejše pri obravnavi pacienta, ki je agitiran. Zanimivo se nam zdi mnenje nezaposlenih in mlajših anketiranih, da se pacienta umiri s kričanjem; z navedbo, da se mu aplicira terapijo za pomiritev, pa se strinjajo predvsem starejši in nezaposleni anketirani. Del tega potrjuje podatek, da je nezaposlene, redne in starejše anketirane študente bolj strah pacientov, ki so agitirani, kot zaposlene, izredne in mlajše študente. Manjša neskladnost nastane pri podatku, da izredni študenti večkrat prosijo za pomoč sodelavce kot redni študenti. Price in Baker (2012) navajata, da pri komunikaciji s

pacientom, ki je agitiran, ne kričimo, s čimer se strinja tudi Richmond s sodelavci (2012). Pri obravnavi pacienta, ki je agitiran in potrebuje ukrepanje, vedno prej uporabimo deeskalacijo kot posebne varovalne ukrepe. Če bi bila deeskalacija neuspešna, uporabimo druge varovalne ukrepe za preprečevanje nasilja, kot sta fizična omejitev in aplikacija terapije (Bregar, 2013; Godfrey, et al., 2014; Lavelle, et al., 2016). Prav tako smo ugotovili, da zaposleni in starejši študentje ter študentje s predhodno zdravstveno izobrazbo bolj uporabljajo ocenjevalne lestvice za oceno stopnje pacientove agitiranosti. Ocenjevalne lestvice so v Sloveniji nekoliko manj razširjene, vendar poznamo lestvico odkrite agresije in nekoliko bolj uporabljeno lestvico nasilnega vedenja Broset, ki ju je opisal Lapanja (2012). Lestvica nasilnega vedenja Broset deluje na principu napovedi tveganja za pojav agresivnega vedenja v 24 urah, podobno deluje tudi lestvica OAS, le da je ta malce manj natančna glede napovedne vrednosti izbruha agresivnega vedenja (Lapanja, 2012). Gre za nekoliko drugačne lestvice, kot jih opisujejo v tujini (Mavandadi, 2016; Strout, 2011), kjer govorijo o lestvicah, ki so bolj neposredno usmerjene na deeskalacijo, v Sloveniji pa uporabljamo le lestvice za ocenjevanje stopnje agitiranosti oziroma nasilnega vedenja.

Z zadnjim raziskovalnim vprašanjem nas je pri raziskavi zanimala razlika v poznavanju in uporabi deeskalacijskih tehnik. Glede na letnik študija smo ugotovili, da anketiranci tretjega letnika dodiplomskega študija, absolventi in diplomanti bolj poznajo definicijo agitacije, so mnenja, da je agitacija oblika vedenja, ki jo lahko prepoznamo, in se strinjajo, da so v povezavi s preprečevanjem stopnjevanja agitacije deeskalacijske tehnike uporabne. Pri obravnavi pacientov večkrat uporabljajo ocenjevalne lestvice kot prvi in drugi letnik študentov, prav tako večkrat prosijo za pomoč sodelavce in pacienta prepričujejo, da naj se ne razburja. Po Price in Baker (2012) ni priporočljivo, da pacienta prepričujemo v določeno mnenje. V izogib eskalaciji agitiranosti se s pacientom mirno pogovorimo, aktivno poslušamo in v odgovorih uporabljamo potrditve, ponavljanje in odsevanje, vendar vedno pacientu prepustimo odločitev, kako želi rešiti nastalo težavo. Študenti prvega in drugega letnika bi pacienta poskušali pomiriti z glasnim kričanjem in bi mu aplicirali terapijo za pomiritev, saj niso prepričani v uporabnost deeskalacijskih tehnik – predvidevamo, da zaradi slabe izobraženosti s tega področja. Zanimiv je podatek, da se večina anketiranih s pacientom, ki je agitiran, ne bi pogovorila o začetni težavi, ki

je agitacijo povzročila. Glede na literaturo, ki govori o obravnavi pacientov, ki so agitirani, je zelo priporočljivo, da se o težavi pogovorimo in najdemo rešitev. Pacienta spodbujamo k pogovoru, mu ponudimo alternative v izogib nasilju in skupaj z njim pridemo do dogovora (Price & Baker, 2012; Richmond, et al., 2012). Razlike v poznavanju in uporabi deeskalacijskih tehnik glede na delovne izkušnje se kažejo različno. Zaposleni bolj poznajo definicijo agitacije, se bolj strinjajo, da so deeskalacijske tehnike uporabne pri obravnavi pacientov, ki so agitirani, in večkrat prosijo za pomoč sodelavce kot študenti, ki med študijem sodelujejo le na kliničnem usposabljanju. Ti se pacientov, ki so agitirani, bolj bojijo, jih manj obravnavajo (z njimi se ne bi pogovorili o težavi, bi jih prepričevali, naj se ne razburjajo, in bi jim aplicirali terapijo za pomiritev) ter bi jih skušali pomiriti z glasnim kričanjem. Avtorji sicer navajo, da se pri deeskalaciji ne menja več oseb, torej jo izvaja posameznik individualno s pacientom, obenem se, kot že omenjeno, s pacientom mirno pogovori o težavi in ne uporablja posebnih varovalnih ukrepov kot prve izbire obravnave pacienta, ki je agitiran (Price & Baker, 2012; Richmond, et al., 2012; Bregar, 2013; Godfrey, et al., 2014; Lavelle, et al., 2016; Muminović, 2016).

V anketi nas je dodatno, povsem informativno zanimalo, kakšen je odnos študentov do izobraževanj s področja deeskalacije in deeskalacijskih tehnik med študijem. Raziskava je pokazala dokaj pozitivno mnenje, da študenti na predavanjih pridobijo znanje s področja deeskalacijskih tehnik in da bi lahko s pridobljenim znanjem deeskalirali pacienta v kliničnem okolju. Nekoliko manj so naklonjeni trditvi, da so med študijem pridobili dovolj informacij, povezanih z deeskalacijo in deeskalacijskimi tehnikami, zato pa so se v zadnjih dveh trditvah zelo pozitivno opredelili, da bi bilo treba uvesti več izobraževanj s tega področja in da bi se udeležili tudi delavnice s področja deeskalacije in deeskalacijskih tehnik, kar nas je zelo pozitivno presenetilo. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi drugi tuji in domači avtorji, ki so mnenja, da se o deeskalaciji premalo izobražujemo (Gaubas, 2014; Ključanin, 2015; Jonas-Dwyer, et al., 2017; Vovko & Rukavina, 2017). Študentje so pokazali interes za več izobraževalnih programov o deeskalaciji in dokazano je, da ima teoretično in praktično usposabljanje zelo pozitiven učinek na uspešno obravnavo pacientov, ki so agitirani, tako na študente kot zaposlene v zdravstvu in zdravstveni negi.

Omejitve raziskave

Raziskava je bila izvedena s spletno anketo, zato smo morali anketirane k sodelovanju večkrat povabiti z e-pošto. Določeno število poslanih e-sporočil je bilo takoj avtomatsko zavrnjeno. Ker je tema zelo specifična, je lahko prišlo do napačnih rezultatov pri anketiranju prvih in drugih letnikov dodiplomskega študija. Ti predavanj o deeskalaciji in deeskalacijskih tehnikah še niso poslušali in ne moremo oceniti, kako bi do podrobnosti poznali deeskalacijske tehnike oziroma ali so na določene trditve odgovorili z ugibanjem, vendar smo jih prav tako želeli vključiti v raziskavo z namenom preveriti uspešnost izobraževanja s tega področja. Obstaja tudi možnost, da anketirani v vprašalniku niso poznali razlike med agitacijo in nasiljem, saj ta dva pojma v uvodu vprašalnika nista bila razložena z namenom, da anketiranih ne informiramo v celoti in s tem preverimo dejansko obstoječe znanje. Ker je tema še precej v razvoju in o njej obstaja zelo malo predvsem slovenske literature, so se pojavile težave s primerjavo tuje in slovenske literature ter z našo raziskavo.

5 ZAKLJUČEK

Agresija in nasilje sta v današnjem svetu še vedno veliki težavi kljub dolgotrajnim preprečevanjem in predanosti k zmanjšanju obeh. Deeskalacija je del uspešnega preprečevanja izbruha nasilja, saj s preprosto komunikacijo lahko preprečimo, da bi do nasilja sploh prišlo. Glede na večkrat dokazano uspešnost deeskalacije in deeskalacijskih tehnik so te še vedno del manj raziskanega področja zdravstvene nege in obravnave pacientov, ki so agitirani, oziroma pacientov z duševno motnjo. Znanje s tega področja se počasi širi, nadgrajuje, raziskuje in vključuje v izobraževanja, zato lahko v prihodnosti pričakujemo, da bo deeskalacija sestavni del širše obravnave pacientov, ki so agitirani – torej ne samo v zdravstveni negi na področju psihiatrije in nujne medicinske pomoči. Z našo razsikavo smo potrdili, da je populacija študentov dodiplomskega in podiplomskega študija, absolventov in diplomantov Fakultete za zdravstvo Angele Boškin zainteresirana za dodatno znanje s področja deeskalacijskih tehnik, in to kljub že obstoječemu izobraževanju s tega področja, na katerem smo na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin uspešni. Vsekakor pa o poznavanju, uporabi in izobraževanju s področja deeskalacije in deeskalacijskih tehnik priporočamo dodatne raziskave tako med študenti kot zaposlenimi v zdravstveni negi.

6 LITERATURA

Ambrose, H.W.W., Combellic, J., Wispelwey, B.A., Squires, A. & Gang, M., 2016. The patient care paradox: an interprofessional qualitative study of agitated patient care in the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 24(2), pp. 226-235.

Beech, B., 2008. Aggression prevention training for student nurses: differential responses to training and the interaction between theory and practice. *Nursing Education in Practice*, 8, pp. 94-102.

Bernaldo-De-Quiros, M., Piccini, A.T., Mar Gomez, M. & Cerdeira, J.C., 2015. Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), pp. 260-270.

Bojić, M., 2016. *Izpostavljenost nasilju zdravstvenih delavcev na delovnem mestu: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Bregar, B., 2013. Zagotavljanje varnosti in kakovosti pri fizičnem omejevanju pacientov v klinični praksi. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *6. šola za klinične mentorje: »Sodobna zdravstvena nega ali znanja, ki jih potrebujejo klinični mentorji za profesionalni karierni razvoj: teoretični koncepti delovanja stroke, na dokazih podprto delovanje, kakovost in vodenje«: zbornik prispevkov. Ljubljana: 31. 1. 2013*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, pp. 183-191.

Bregar, B., 2012. Obravnava samomorilno ogroženega pacienta. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(1), pp. 67-74.

Bridge, B.E., Joon Choi, Y., Olin I.W. & Roman, P.M., 2015. Patient violence towards counselors in substance use disorder treatment programs: prevalence, predictors and responses. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 57(1), pp. 9-17.

Chigbundu, N.A., 2015. *Lived experiences of mental health nurses with verbal de-escalation techniques and multisensory room strategies: doctor's dissertation*. Phoenix: University of Phoenix.

Ende, G., Cackowski, S., Ejik, J.V., Sack, M., Demiracka, T., Kleindienst, N., Bohus, M., Sobanski, E., Krause Utz, A. & Schmahl, K., 2016. Impulsivity and aggression in female BPD and ADHD patients: association with ACC glutamate and GABA concentrations. *Neuropsychopharmacology*, 41(1), pp. 410-418.

Fazel, S., Wolf, A., Palm, C. & Lichtenstein, P., 2014. Violent crime, suicide, and premature mortality in patients with schizophrenia and related disorders: a 38-year total population study in Sweden. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), pp. 44-54.

Fulde, G. & Preisz, P., 2011. Managing aggressive and violent patients. *Australian Prescriber*, 30(4), pp. 166-181.

Gauga, S.E., 2014. *Patient/Visitor violence towards nursing: doctor's dissertation*. Minnesota: Walden University.

Gavranić, S., 2009. *Nasilje na delovnem mestu medicinske sestre: diplomsko delo*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Godfrey, J.L., McGill, A.C., Tuomi Jones, N., Oxley, S.L. & Carr, R.M., 2014. Anatomy of a transformation: a systematic effort to reduce mechanical restraints at a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 65(10), pp. 1277-1280.

Grogler, U., 2009. Agresivnost. In: P. Pregelj, ed. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Rokus Klett, pp. 288-294.

Hahn, S., Hanitakainen, V., Needham, I., Kok G., Dassen, T. & Halfens, R.J.G., 2012. Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general

hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12), pp. 685-699.

Hallet, N. & Dickens, G.L., 2015. De-escalation: a survey of clinical staff in a secure mental health inpatient service. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(4), pp. 324-333.

Hogan, R., Orr, F., Fox, D., Cummins, A. & Foureur, M., 2017. Developing nursing and midwifery students' capacity for coping with bullying and aggression in clinical settings: students' evaluation of a learning resource. *Nurse Education in Practice*, 29(1), pp. 89-94.

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

Idahor, J., 2016. *Workplace violence in healthcare: development of an education program: doctor's dissertation*. Minnesota: College of St. Scholastica.

Isenberg, D.L. & Jacobs D., 2015. Prehospital Agitation and Sedation Trial (PhAST): a randomized control trial of intramuscular haloperidol versus intramuscular midazolam for the sedation of the agitated or violent patient in the prehospital environment. *Prehospital and Disaster Medicine*, 30(5), pp. 491-495.

Jonas-Dwyer, D.R.D., Gallagher, O., Saunders, R., Dugmore, H., Bulsara, C. & Metcalfe, H., 2017. Confronting reality: a case study of a group of student nurses undertaking a management of aggression training (MOAT) program. *Nurse Education in Practice*, 27(1), pp. 87-88.

Kang-Pan, C., Yan-Chiou, K. & Hsiu-Fan, Y., 2012. Violence in the nursing workplace – a descriptive correlational study in a public hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 22(5-6), pp. 798-805.

Ključanin, A., 2015. *Pogled zaposlenih v zdravstveni negi na agresivno vedenje stanovalcev doma starejših: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Kolman, K., 2009. *Ogorženost medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatrični bolnišnici: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede.

Komel, A. & Koprivšek, J., 2017. Urgentna stanja pri duševnih motnjah. In: G. Prosen, ed. *Zbornik V. šole urgence, Zreče, 1. in 2. 12. 2017*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 93-97.

Korcha, R.A., Cherpitel, C.J., Witbrodt, J., Borges, G., Hejazi-Bazargan, S., Bond, J.C., Ye, Y. & Gmel, G., 2013. Violence-related injury and gender: the role of alcohol and alcohol combined with illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, 33(1), pp. 43-50.

Krek, S., ed. 2006. *Veliki angleško-slovenski slovar Oxford*. Prva izdaja. Ljubljana: Državna založba Slovenije.

Kurinčič, J. & Saje, M., 2017. Pristopi k obravnavi urgentnih stanj v psihiatriji. In: G. Prosen, ed. *Zbornik V. šole urgence, Zreče, 1. in 2. 12. 2017*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 93-97.

Lapanja, A., 2012. Uporabnost ocenjevalnih lestvic za agresivno vedenje. In: B. Bregar & J.P. Novak, eds. *Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi: zbornik predavanj z recenzijo*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 33-38.

Lavelle, M., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Renwick, L., Brenna, G. & Bowers, L., 2016. Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric setting. *Journal of Clinical Nursing*, 25(15–16), pp. 2180-2188.

Lukančič, R., 2014. *Posebni varovalni ukrepi v luči etike: diplomsko delo*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.

Mavandadi, V., Bieling, P.J. & Madsem, V., 2016. Effective ingredients of verbal de-escalation: validating an English modified version of the »De-Escalating Aggressive Behaviour Scale«. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(6-7), pp. 357-368.

Muminović, S., 2016. *Uporaba prisilnih ukrepov v predbolnišničnem okolju: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Močnik, M., 2009. Zloraba in nasilje varovancev v posebnem socialnovarstvenem zavodu z vidika del medicinskih sester. In: U. Poček, ed. *Nasilno vedenje v duhu novih praks, Celjska koč, 6. 11. 2009*. Kranj: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 17-24.

Mohr, P., Knytl, P., Voračkova, V., Bravermanova, A. & Melicher, T., 2017. Long-lasting injectable antipsychotics for pervention and management of violent behaviour in psychotic patients. *The International Journal of Clinical Practice*, 71(1), pp. 1-7.

Nau, J., Halfens, R., Needham, I. & Dassen, T., 2010. Student nurses' de-escalation of patient aggression: a pretest-posttest intervention study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), pp. 699-708.

Papadopoulus, C., Ross, J., Stewart, D., Dack, C., James, K. & Bowers, L., 2012. The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(6), pp. 425-439.

Penden, A.R., Staal, J., Rittman, M. & Gullett, D.L., 2015. Hildegard Pelau's nurse-patient relationship and its applications. In: M.C. Smith & M.E. Parker, eds. *Nursing theories and nursing practise*. Fourth edition. Philadelphia: F. A. Davis Company, pp. 67-75.

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

Richmond, J.S., Berlin, J.S., Fishkind, A.B., Holloman, G.H., Zeller, S.L., Wilson, M.P., Rifai, M.A. & Anthony, T., 2012. Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), pp. 17-25.

Rosenberg, S. & Gallo-Silver, L., 2011. Therapeutic communication skills and student nurses in the clinical setting. *Teaching and Learning in Nursing*, 6(1), pp. 2-8.

Strout, T.D.S., 2011. *Development of an Agitation Rating Scale for use with acute presentation behavioral management patients: doctor's dissertation*. Boston: Boston College, William F. Connell Graduate School of Nursing.

Vovko, E. & Rukavina, T., 2017. Nasilen bolnik in tehnike komunikacije. In: G. Prosen, ed. *Zbornik V. šole urgence, Zreče, 1. in 2. 12. 2017*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 93-97.

World health organization, n.d. *Definition and typology of violence*. [online] Available at: <http://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/> [Accessed 17 March 2018].

7 PRILOGE

7.1 INSTRUMENT

VPRAŠALNIK O DEESKALACIJSKIH TEHNIKAH

Spoštovani!

Sem Klavdija Bahun, absolventka Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Pred vami je vprašalnik, ki je del mojega diplomskega dela z naslovom »**Poznavanje deeskalacijskih tehnik med študenti in diplomanti Fakultete za zdravstvo Angele Boškin**«, ki ga pripravljam pod mentorstvom mag. Branka Bregarja, viš. pred. Izpolnjevanje vprašalnika vam bo vzelo nekaj časa, vendar nam bodo odgovori in rezultati pomagali ugotoviti, kakšni so poznavanje, uporaba in odnos do deeskalacijskih tehnik pri študentih in diplomantih. Zagotavljam vam anonimnost vaših podatkov, saj bodo uporabljeni izključno za namen diplomskega dela.

Za vaše sodelovanje in pomoč se vam že vnaprej zahvaljujem.

Klavdija Bahun

VPRAŠALNIK

I. SKLOP: Poznavanje deeskalacijskih tehnik

1. V spodnji tabeli so navedene trditve o nasilju, agitaciji in deeskalacijskih tehnikah. Za vsako trditev, ki jo označite z X v praznem prostoru, se opredelite glede na stopnjo z ocenami od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

	1 Sploh se ne strinjam	2 Se ne strinjam	3 Niti se strinjam, niti se ne strinjam	4 Se strinjam	5 Popolnoma se strinjam
Delo v zdravstvu ima malo stika z agresijo in nasiljem.					
Pacienti, ki so agresivni, so največkrat prisotni v psihiatričnih bolnišnicah.					
Pri pacientu, ki je agitiran, se ne da preprečiti nasilja.					
Deeskalacijske tehnike so usmeritve, kako pacienta, ki je					

agitiran, pomirimo, da ne pride do izbruha nasilja.					
Poznamo samo verbalne deeskalacijske tehnike.					
Poznamo samo neverbalne deeskalacijske tehnike					
Deeskalacijske tehnike niso uporabne v klinični praksi.					
Deeskalacijo lahko izvaja le ustrezno izobražena in izkušena oseba.					
Za izvajanje deeskalacije ne potrebujem dodatnega znanja.					
Dober in kakovosten terapevtski odnos je najpomembnejši element pri uporabi deeskalacijskih tehnik.					
V kliničnem okolju se uporabljajo t. i. lestvice za ocenjevanje stopnje agitiranosti pri pacientu.					
V kliničnem okolju se uporabljajo t. i. lestvice za deeskaliranje pacienta, ki je agitiran.					

2. V spodnji tabeli so navedene trditve, ki se navezujejo neposredno na načela deeskalacije. Za vsako trditev, ki jo označite z X v praznem prostoru, se opredelite glede na stopnjo z ocenami od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

	1 Sploh se ne strinjam	2 Se ne strinjam	3 Niti se strinjam, niti se ne strinjam	4 Se strinjam	5 Popolnoma se strinjam
Pri deeskalaciji upoštevamo pacientov prostor.					
Pri deeskalacijskih tehnikah imamo možnost izhoda.					
Pri uporabi deeskalacijskih tehnik ima pacient možnost izhoda.					
Pri deeskalaciji smo provokativni.					

Pri deeskalaciji neprestano ohranjamo očesni kontakt.					
Pri deeskalaciji ne smemo dokazovati neresničnosti pacientovih besed.					
Pri deeskalacijskih tehnikah se izmenjava več izvajalcev.					
Deeskalacijo izvajamo v umirjenem prostoru.					
Pri deeskalacijskih tehnikah smo vljudni.					
Pri deeskalacijskih tehnikah uporabljamo dolge razlage.					
Pri deeskalacijskih tehnikah ponavljamo ključne informacije.					
Pri deeskalacijskih tehnikah aktivno poslušamo.					
Pri deeskalaciji ima empatija pomembno vlogo.					
Pri deeskalaciji se s pacientom strinjamo, da se ne moremo strinjati.					
Pacientu med deeskalacijo postavljamo meje.					
Pri deeskalaciji govorimo z umirjenimi stavki.					
Deeskalacijske tehnike pacientu omogočajo drugo izbiro kot alternativo nasilju.					

II. SKLOP: Uporaba deeskalacijskih tehnik

3. Ali ste zaposleni (tudi študentsko delo, vendar v zdravstveni negi)? (ustrezno označite)
- a) Da, redno zaposlen
 - b) Da, preko študentskega servisa
 - c) Ne
4. Se pri svojem delu srečate s pacienti, ki so agresivni? (ustrezno označite)
- a) Da, pogosto

b) Da, občasno

c) Ne, nikoli

5. Naslednja tabela se nanaša na vašo obravnavo pacienta, ki je agitiran. Navedene so trditve, za vsako trditev, ki jo označite z X v praznem prostoru, se opredelite glede na stopnjo z ocenami od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

	1 Sploh se ne strinjam	2 Se ne strinjam	3 Niti se strinjam, niti se ne strinjam	4 Se strinjam	5 Popolnoma se strinjam
Agitacija je oblika vedenja, za katerega je značilna močna potrditev s sovražnimi toni.					
Agitacija je oblika vedenja, ki jo lahko prepoznamo.					
Agitacija je oblika vedenja, pri kateri so deeskalacijske tehnike uporabne.					
Pacienta, ki je agitiran, poskušam z glasnim kričanjem umiriti.					
Z vidno agitiranim pacientom se pogovorim, v čem je težava.					
Pacienta, ki je agitiran, prepričujem, naj se ne razburja.					
Pacientu, ki je agitiran, apliciram terapijo za pomiritev.					
Pacienta, ki je agitiran, pustim pri miru, ga ne ogovarjam.					
Pacienta, ki je agitiran, me je strah.					
Pri obravnavi pacienta, ki je agitiran, prosim za pomoč sodelavce.					
Pri obravnavi pacienta, ki je agitiran, uporabljam ocenjevalne lestvice (ocena stopnje agitiranosti, ocena deeskalacije pacienta).					

6. Ali uporabljate deeskalacijske tehnike v kliničnem okolju? (ustrezno označite)

a) Deeskalacijske tehnike poznam, vendar mislim, da so neuporabne.

- b) Deeskalacijske tehnike poznam, vendar z njimi nimam dobrih izkušenj.
- c) Deeskalacijske tehnike poznam, vendar jih ne uporabljam.
- d) Deeskalacijskih tehnik ne poznam in jih ne uporabljam.
- e) Deeskalacijske tehnike poznam, jih uporabljam, z njimi imam dobre izkušnje in so uporabne.

III. SKLOP: Izobraževanje na področju deeskalacijskih tehnik

7. Navedene so trditve, vezane na izobraževanje o deeskalacijskih tehnikah. Za vsako trditev, ki jo označite z X v praznem prostoru, se opredelite glede na stopnjo z ocenami od 1 do 6, pri čemer pomeni: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam, niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam, 6 – predavanj še nisem poslušal/-a. Če teme na predavanjih še niste obravnavali, vas prosim, da vprašanja, vezana na izobraževanja, označite z X pri št. 6.

	1 Sploh se ne strinjam	2 Se ne strinjam	3 Niti se strinjam, niti se ne strinjam	4 Se strinjam	5 Popolnoma se strinjam	6 (Predavanj še nisem poslušal/-a)
Na predavanjih pridobim znanje o deeskalacijskih tehnikah.						
Na predavanjih pridobim dovolj znanja za uporabo deeskalacijskih tehnik v klinični praksi.						
Z znanjem s predavanj lahko deeskaliram pacienta.						
Med šolanjem sem izvedel dovolj o deeskalaciji in deeskalacijskih tehnikah.						

Potrebni bi bilo nekoliko več izobraževanj s tega področja.						
Udeležil/-a bi se delavnice o deeskalacijskih tehnikah.						

IV. SKLOP: Demografski podatki in podatki o delovnih izkušnjah

8. **Spol** (ustrezno označite):

- a) Ženska
- b) Moški

9. **Starost** (ustrezno napišite): _____

10. **Način študija** (ustrezno označite):.

- a) Redni študij
- b) Izredni študij

11. **Letnik študija** (ustrezno označite):

- a) Prvi letnik dodiplomskega študija
- b) Drugi letnik dodiplomskega študija
- c) Tretji letnik dodiplomskega študija
- d) Absolvent
- e) Diplomant
- f) Prvi letnik podiplomskega študija
- g) Drugi letnik podiplomskega študija

12. **Stopnja** (ustrezno označite):

- a) Dodiplomska
- b) Podiplomska

13. **Vaša predhodna izobrazba?** (ustrezno označite)

- a) Srednja zdravstvena šola

b) Druga strokovna izobrazba ali gimnazija

14. Delovne izkušnje?

a) Samo klinična praksa med študijem

b) Sem zaposlen (redno ali preko študentskega servisa) v zdravstvu, ____ let

c) Drugo: _____

Hvala za sodelovanje!