



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**ODNOS ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI
NEGI DO FORENZIČNEGA PACIENTA**

**ATTITUDES OF NURSING CARE WORKERS
TOWARDS FORENSIC PATIENTS**

Diplomsko delo

Mentor: mag. Branko Bregar, viš. pred.

Kandidatka: Vanda Cerar

Jesenice, februar, 2019

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorju mag. Branku Bregarju, viš. pred. za vso strokovno pomoč in usmerjanje pri izdelavi diplomskega dela, predvsem pa za čas, ki mi ga je namenil.

Zahvaljujem se tudi mag. Miranu Remsu, viš. pred. za recenzijo diplomskega dela in statistiku ter lektorici Katji Vidmar za sodelovanje in pomoč pri izdelavi diplomskega dela.

Hvala vsem zdravstvenim delavcem, ki so prostovoljno sodelovali v naši raziskavi in njihovim vodjem, ki so odobrili sodelovanje v raziskavi in tako pomagali pri dokončanju diplomskega dela.

Posebna zahvala pa gre moji družini in fantu, ki so verjeli vame, me spodbujali in bili v oporo skozi celoten študij in pisanje diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Forenzična psihiatrija obravnava izredno občutljivo populacijo pacientov. To so v prvi vrsti pacienti z obveznim ukrepom zdravljenja, poleg omenjenega pa obravnavajo tudi zapornike in pripornike, ki so v času obravnave zboleli za duševno motnjo. Odnos splošne populacije do tovrstnih pacientov je pretežno negativen. Tudi zaposleni v zdravstveni negi lahko do njih razvijejo strah in negativen odnos. Z namenom, da bi stigmatizacijo na področju forenzične psihiatrije preprečili, je potrebno vzpostaviti dodatne izobraževalne programe na tem področju. Odnos do tovrstnih pacientov je pomemben, saj prispeva k boljšemu izidu zdravstvene obravnave.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bil ugotoviti seznanjenost zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije in izven s področjem forenzične psihiatrije. Cilj je bil tudi ugotoviti njihov odnos in stališča do pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja, obravnavanega na Enoti za forenzično psihiatrijo.

Metoda: Izvedli smo opisno neeksperimentalno kvantitativno metodo. Vprašalnik je bil razdeljen med 320 zaposlenimi v zdravstveni negi na področju psihiatrije in izven psihiatrične stroke. Vrnjenih je bilo 238 vprašalnikov, kar predstavlja 74,4 % realizacijo. Raziskava je potekala od julija do septembra 2018. Rezultati so prikazani s frekvencami, odstotki, povprečnimi vrednostmi in standardnimi odkloni ter drugimi bivariantnimi statističnimi metodami: t – test ($p < 0,05$), ANOVA ($p < 0,05$) in Pearsonov koeficient ($p < 0,05$).

Rezultati: Anketirani so povprečno ($n = 238$; $PV = 3,04$; $SO = 1,17$) poznali obravnavo na področju forenzične psihiatrije. Anketirani povprečno ($n = 238$; $PV = 6,68$; $SO = 2,39$) niso bili stigmatizirajoči oziroma niso bili odklonljivi do forenzičnega pacienta, vendar smo opazili, da so bili zaposleni izven psihiatrije statistično bolj odklonljivi ($n = 55$; $PV = 5,72$; $SO = 2,57$) kot zaposleni v psihiatrični stroki ($n = 66$; $PV = 7,53$; $SO = 2,17$) ($U = 1096,00$; $p < 0,001$). V povprečju ($n = 238$; $PV = 2,61$; $SO = 1,00$) je bilo anketirance strah dela s forenzičnimi pacienti, prav tako pa smo opazili, da je bilo več strahu prisotnega pri tistih, ki ne delajo na področju psihiatrije ($n = 55$; $PV = 3,09$; $SO = 1,04$) in tistimi, ki še nikoli niso imeli stika s tovrstnimi pacienti. Manj strahu so imeli anketiranci ($n = 66$; $PV = 2,67$; $SO = 0,96$), ki so pogosto imeli stik s forenzičnimi pacienti ($U = 915,50$; $p < 0,001$).

Razprava: Zaposleni v zdravstveni negi delno poznajo področje forenzične psihiatrije in obravnavo pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja. Tisti anketiranci, ki so zaposleni na področju psihiatrije, statistično bolj poznajo področje kot zaposleni izven psihiatrične stroke. Zaposleni na področju psihiatrije občutijo manj strahu s tovrstnimi pacienti in si bolj želijo negovati paciente z obveznim ukrepom zdravljenja kot pa zaposleni izven psihiatrije. Kot vzrok za strah in negativen pogled na tovrstne paciente so anketiranci največkrat navedli občutek ogroženosti in kaznivo dejanje.

Ključne besede: forenzična psihiatrija, pacient z obveznim ukrepom zdravljenja, stigmatizacija, zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije in izven

SUMMARY

Background: Forensic psychiatry deals with an extremely sensitive patient population. These are primarily patients with compulsory treatment measures, as well as prisoners and detainees who started suffering from a mental illness during the judicial procedure. The general population's attitude towards such patients is predominantly negative. Nursing employees can also develop fear and a negative attitude towards them. In order to prevent stigmatization in the field of forensic psychiatry, additional educational programs in this field need to be established. The attitude towards these patients is important as it contributes to a better outcome of healthcare provision.

Aims: The aim of the diploma thesis was to establish the knowledge of psychiatric nursing employees and other nursing employees on forensic psychiatry. We also aimed to establish their attitude and opinions towards patients with compulsory treatment measures treated at the Unit for Forensic Psychiatry.

Method: A descriptive, non-experimental quantitative research design was employed. A questionnaire was distributed among 320 psychiatric nurses and other nursing professionals. A total of 238 questionnaires were returned, making the response rate 74.4%. The research was conducted from July to September 2018. The results are shown with frequencies, percentages, mean values and standard deviations and other bivariate statistical methods: t – test ($p < 0.05$), ANOVA ($p < 0.05$) and Pearson's coefficient ($p < 0.05$).

Results: On average ($n = 238$; $M = 3.04$; $SD = 1.17$), respondents were familiar with the treatment in the field of forensic psychiatry. On average ($n = 238$; $M = 6.68$; $SD = 2.39$), respondents were not stigmatizing and did not exhibit a negative attitude towards forensic patients. However, the results showed that nursing professionals not employed in psychiatry were significantly more defensible ($n = 55$; $M = 5.72$, $SD = 2.57$) compared to those employed in the psychiatric profession ($n = 66$; $M = 7.53$; $SD = 2.17$) ($U = 1096.00$; $p < 0.001$). Most respondents ($n = 238$; $M = 2.61$; $SD = 1.00$) were afraid to work with forensic patients, and we noticed that those who do not work in the field of psychiatry exhibited a higher level of fear ($n = 55$; $M = 3.09$; $SD = 1.04$), similarly to those who have never had contact with such patients. Less fear was expressed by

respondents ($n = 66$; $M = 2.67$; $SD = 0.96$) who often had contact with forensic patients ($U = 915.50$; $p < 0.001$).

Discussion: Nursing professionals are somewhat familiar with the field of forensic psychiatry and the compulsory treatment measures used to treat patients. Respondents who work in the field of psychiatry are significantly more familiar with this field than employees outside the psychiatric profession. Psychiatric nurses feel less fear towards such patients and prefer to provide them compulsory treatment, compared to employees outside the psychiatric profession. Most often, respondents stated that the reason for the fear and negative attitudes towards such patients was criminal acts committed and the feeling of danger.

Key words: forensic psychiatry, patient with compulsory treatment, stigmatization, psychiatric nurses and other nurses

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	4
2.1 OPREDELITEV FORENZIČNE PSIHIATRIJE	4
2.2 KRATEK POGLED V ZGODOVINO FORENZIČNE PSIHIATRIJE	5
2.3 PACIENT Z OBVEZNIŠIM UKREPOM ZDRAVLJENJA	7
2.3.1 Pojavnost pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja	8
2.4 DUŠEVNE MOTNJE V POVEZAVI Z NASILJEM	9
2.4.1 Duševna motnja 1: shizofrenija	10
2.4.2 Duševna motnja 2: bipolarna motnja	11
2.4.3 Duševna motnja 3: delirij	11
2.4.5 Duševna motnja 4: osebnostna motnja	12
2.4.6 Pojav komorbidnosti kot dejavnik tveganja za nasilje	13
2.5 ORGANIZACIJA FORENZIČNE PSIHIATRIJE V SVETU	14
2.5.1 Evropske države – splošno stanje	15
2.5.2 Finska	17
2.5.3 Združeno kraljestvo	18
2.5.4 Italija	18
2.5.5 Nemčija	20
2.6 ORGANIZACIJA FORENZIČNE PSIHIATRIJE V SLOVENIJI	20
2.7 ODNOS MEDICINSKIH SESTRER DO PACIENTA Z OBVEZNIŠIM UKREPOM ZDRAVLJENJA	22
2.8 PRISOTNOST STIGME IN STEREOTIPOV PRI OBRAVNAVI POSAMEZNIKOV Z DUŠEVNO MOTNJO V FORENZIČNI PSIHIATRIJI	24
3 EMPIRIČNI DEL	26
3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA	26
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	26
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	27
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	27
3.3.2 Opis merskega instrumenta	27

3.3.3 Opis vzorca.....	29
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	31
3.4 REZULTATI	32
3.5 RAZPRAVA.....	41
4 ZAKLJUČEK	47
5 LITERATURA	48
6 PRILOGE.....	57
6.1 INSTRUMENT.....	57

KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografski podatki anketiranih	30
Tabela 2: Poznavanje forenzične psihiatrije	33
Tabela 3: Poznavanje in odnos do pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja	35
Tabela 4: Odnos do pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja	37
Tabela 5: Mnenje anketiranih do organizacije forenzične psihiatrije v Sloveniji	38

KAZALO SLIK

Slika 1: Izobrazba anketirancev	30
Slika 2: Stik anketirancev z pacientom obveznega ukrepa zdravljenja	31
Slika 3: vzrok odklonljivosti do pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja	40
Slika 4: povezanost med pacientom z duševno motnjo in storilcem kaznivega dejanja	40

1 UVOD

Forenzična psihiatrija obravnava paciente z obveznim ukrepom zdravljenja glede na pacientovo zdravstveno stanje (Nerat, 2014). Sprejem in zdravstveno obravnavo pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja na področju psihiatrije opredelimo kot ukrep, ki ga predpisuje Zakon o duševnem zdravju (Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr, 2008) in Pravilnik o izvrševanju varnostnih ukrepov obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu in obveznega psihiatričnega zdravljenja na prostosti (Pravilnik o izvrševanju varnostnih ukrepov obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu in obveznega psihiatričnega zdravljenja na prostosti, 2016). Določata pridržanje pacienta proti njegovi volji, brez ugovaranja in pisnega pristanka (Turčin & Kores Plesničar, 2008). Termin »forenzični pacient« se nanaša na pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja. Označuje posameznika, ki je nameščen na forenzični psihiatrični oddelek, po pravnomočnem zaključku kazenskega postopka sodišča (Citrome & Volavka, 2011). Poleg omenjenega forenzična psihiatrija skrbi tudi za paciente, ki so na prestajanju kazni v zaporu zapadli v duševno motnjo, ki zahteva zdravstveno obravnavo, in za tiste, ki so potrebni zdravstvene obravnave, vendar so v priporu (Ziherl, 2011; Zupanec, 2013).

Zaradi negativnega prizvoka se izraz forenzični pacient v slovenskem prostoru zamenjuje s pacientom obveznega ukrepa zdravljenja. V svetu in Sloveniji je stigma pacientov z duševno motnjo prisotna (Cafnik, 2014; West, 2015). Še bolj so stigmatizirani storilci kaznivega dejanja, še posebej, če so to pacienti z duševno motnjo. Paciente zaznamuje več stigmatizirana identiteta, ki vključuje stigmo do duševne motnje, po drugi strani pa vključuje tudi stigmo do kriminala, ki ga je oseba storila (West, 2015). Ker pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja zaznamujemo z nepredvidljivostjo in celo nevarnim vedenjem je odnos splošne populacije do te skupine pacientov negativen. Tudi zdravstveni delavci lahko v interakciji s pacienti občutijo strah, postanejo žrtve nasilja in do pacienta gojijo odklonilen odnos (Rao, et al., 2009).

Ker je odnos do te skupine pacientov odklonilen, se v svetu in Sloveniji vse več govori o destigmatizaciji pacientov z duševno motnjo (Cafnik, 2014; West, 2015). Duševna

motnja lahko prizadene vsakogar, ne glede na starost, spol, kulturno in etično pripadnost ali družbeni status. Pojavi se zaradi družinskih težav, stresnih življenjskih situacij, stresa v službi, lahko pa je povezana celo z dednostjo. Stigma se navadno kaže v obliki predsodkov, stereotipov, strahu, nezaupanja in celo izogibanja ter tako negativno vpliva na izid zdravstvene obravnave, na pacientovo samozavest, vključevanje v družbo in celo na zaposlitev ter dohodek (Štumpfl, 2015; Bedaso, et al., 2016). Stigma predstavlja največjo težavo med vzpostavljanjem odnosa oziroma medosebnega odnosa do pacienta (Cafnik, 2014). Medosebni odnos je v psihiatrični zdravstveni negi najpomembnejši del obravnave, ki ga medicinska sestra pridobi skozi različna izobraževanja in leta izkušenj. Za doseganje uspešnih izidov zdravstvene obravnave pacienta je potrebno vzpostaviti zaupen medosebni odnos med zdravstvenim delavcem in pacientom (Finžgar, 2014; Salzmann-Erikson, et al., 2016). Pomembno je, da medicinska sestra na področju forenzične psihiatrije dobro pozna sebe in svoje osebne lastnosti, je prijazna, poštena, spoštljiva do pacienta ter dovolj zrela za tovrstno delovanje. Poleg omenjenega mora medicinska sestra za uspešno in kakovostno delo imeti še sposobnost samoopazovanja, opazovanja drugih, ocenjevanje pacientovih socialnih potreb in visoko stopnjo komunikacijskih veščin (Roljić, 2009). Pomembno je, da daje pacientu pozitiven vtis, ki pripomore k občutku obvladovanja situacije in tako prispeva košček pozitivne ter dobrega počutja pacientu, in tako omogoča boljši rezultat zdravstvene obravnave (Price & Baker, 2012). Poleg medijev so zdravstveni delavci tista poklicna skupina, ki v veliki meri vplivajo na odpravo stigmatizacije in posledično boljšega rezultata zdravstvene obravnave ter počutja pacientov z duševno motnjo (West, 2015).

Forenzična psihiatrija predstavlja razmeroma novo področje v slovenskem prostoru. Za uspešno zdravstveno obravnavo pacientov in vodenje področja je potrebno vzpostaviti nove veščine in znanja ter nenehno slediti novostim, ki se uveljavljajo v državah. Prav tako je potrebno definirati odnos zaposlenih na področju forenzične psihiatrije. Zaposleni na področju zdravstvene nege so poleg zdravnikov ključni delavci, ki so prisotni v zdravstveni obravnavi pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja. V prvi vrsti se lahko zdravstvena obravnava kaže tudi z odnosom, ki je na vseh zdravstvenih področjih ključna, še posebej v psihiatriji in forenzični psihiatriji. Zaupen medosebni odnos pogosto predstavlja ključ do uspešne zdravstvene obravnave in dobrega počutja

pacienta z duševno motnjo. Ker gre pri forenzični psihiatriji za eno najmlajših strokovnih področij v psihiatriji pri nas, je potrebno pregledati, kako zaposleni v zdravstveni negi sprejemajo in razumejo delo na tem področju.

2 TEORETIČNI DEL

Forenzično psihiatrijo, kot znanstveno disciplino, uvršamo v eno od vej psihiatrije. Natančneje spada na področje medicine oziroma forenzične psihiatrije in kazenskega prava ter tako zahteva posebno pravno in kriminološko znanje, kot tudi izkušnje pri zdravljenju pogosto zapletenih duševnih motenj. Po definiciji se forenzična psihiatrija opredeljuje kot sub-specialistično področje psihiatrije, ki sodeluje z dvema strokama: psihiatrijo in pravosodjem (Ziherl, 2011; Völlm, et al., 2018). Po težavnosti se forenzična psihiatrija postavlja v sam vrh. Ukvarja se z izvedenskim delom, izvrševanjem kazenskih sankcij in izvajanjem zdravstvenih ukrepov obveznega psihiatričnega zdravljenja (Kegl, 2014).

2.1 OPREDELITEV FORENZIČNE PSIHIATRIJE

Forenzična psihiatrija je lahko organizirana v okviru bolnišnične enote, kjer zdravijo paciente z duševno motnjo oziroma storilce kaznivih dejanj, ki so jih storili zaradi duševne motnje in jim je sodišče izreklo ustrezen varnostni ukrep oziroma ukrep obveznega zdravljenja v psihiatriji. Izvaja se v posebno urejenih in organiziranih psihiatričnih bolnišnicah ali oddelkih. Omenjeni pacienti za svoje dejanje niso kazensko odgovorni, vendar jih je potrebno zdraviti zaradi duševne motnje. Poleg omenjenega, forenzična psihiatrija skrbi za paciente, ki so v postopku prestajanja kazni v zaporu zboleli z duševno motnjo, ki zahteva zdravstveno obravnavo, in za tiste, ki so potrebni zdravstvene obravnave, vendar so v priporu. Za lažje razumevanje lahko paciente, obravnavane na forenzični psihiatriji, razdelimo v štiri skupine: paciente, ki imajo obvezni varnostni ukrep v psihiatriji in so obravnavani v zdravstvenem zavodu; paciente, ki imajo ukrep obveznega zdravljenja v psihiatriji na prostosti (ambulantna dejavnost) in zapornike ter pripornike (Ziherl, 2011; Zupanec, 2013).

Lastnost, ki forenzično psihiatrijo razlikuje od drugih specialističnih področij, je, da gre za izrazito interdisciplinarno področje, kjer sodeluje več različnih strokovnih področij. Na eni strani najdemo medicino oziroma psihiatrijo, področje zdravstvene nege, ter na drugi strani pravno znanost, prepletanje zakonodaje, kazenskega prava in varnostnih

ukrepov. Vse to je skupek preučevanja in zdravstvena obravnava duševne abnormalnosti v povezavi s kaznivim dejanjem. Pri forenzični psihiatriji je potrebno zavarovati družbo pred pacientom z duševno motnjo, hkrati pa zavarovati tudi pacienta z duševno motnjo pred družbo in morebitnim nezavedanjem samega sebe. Zdravstvena obravnava je v interesu vseh, saj tako pacientu omogočimo vključitev v vsakdan, normalno funkcioniranje pri delu, ki ga opravlja in socializacijo (Zupanec, 2013).

Forenzična psihiatrija se srečuje z dilemo, ki določa mejo med duševno zdravo osebo in osebo z duševno motnjo. Mejo določa zakon, oziroma zaznava psihopatološkega stanja v obdobju storjenega kaznivega dejanja. Pomembno je omeniti, da neprištevnost niti zmanjšana prištevnost nista indikaciji za namestitev v forenzično-psihiatrično bolnišnico, saj so vanjo nameščeni tudi priporniki in zaporniki, ki potrebujejo zdravstveno pomoč glede na duševno stanje (Nerat, 2010). Pomembno je, da paciente z obveznim ukrepom zdravljenja obravnavamo enakovredno drugim pacientom, kadar govorimo o zdravljenju in zdravstveni negi. Vse to nam narekuje Deklaracija, ki jo je izdala Svetovna zdravstvena organizacija (Švab, n.d.). Kadar govorimo o pacientu, ki je nameščen v forenzično psihiatrično bolnišnico, mora obravnava znotraj sistema potekati v skladu s človekovimi pravicami in svoboščinami, izvajanje kazenskih sankcij za paciente z obveznim ukrepom psihiatričnega zdravljenja pa nalaga in ureja Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij (Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij (ZIKS-1-UPB1), 2006; Nerat & Pivec, 2010).

2.2 KRATEK POGLED V ZGODOVINO FORENZIČNE PSIHIATRIJE

Prvi zapisi kazenskega prava v psihiatriji segajo že v pozno rimsko obdobje, kjer so ločevali nenormalne oziroma neprištevne in prištevne storilce kaznivega dejanja. Za neprištevne je veljalo, da niso sposobni biti krivi in jih v nadaljevanju niso kaznovali na klasičen način, ampak so v tovrstnih primerih menili, da so že dovolj kaznovani s svojo nenormalnostjo. V to skupino nenormalnih so vključevali tista duševna stanja, ki so jih poznali (demenca, norost, starost). Po različnih zgodovinskih obdobjih se je kaznovanje neprištevni spreminjalo. Srednji vek je obdobje grozovitega ozadja. Bolezen oziroma duševna motnja v takratnem obdobju ni bila v ospredju, bolj so se osredotočali na

kaznivo dejanje, ki ga je storil obsojenec. Kazni, ki so sledile obsojenemu, so bile največkrat dosmrtna ječa in mučenje. Osemnajsto stoletje predstavlja obdobje, kjer je ljudstvo začelo opazovati razlike med zaporniki. Izkazala se je ideja, da bi paciente, ki se jih ne da pomiriti, ki se osebnostno precej razlikujejo od drugih, obravnavali na drugačen način. V to skupino zapornikov so šteli paciente z obveznim ukrepom zdravljenja, ki so jih v takratnem času poimenovali »norci«. Obstaja zapis, ki pravi: »Osebe, zaprte zaradi umobolnosti, bodo v času treh mesecev od dneva objave tega odloka na prošnjo naših pooblaščenih uradnikov na običajen način zaslišali sodniki in jih glede na njihovo stanje obiskali zdravniki, ki bodo pod nadzorom okrajnih upravnikov pojasnili resnično stanje bolnikov, da bi jih lahko na podlagi razsodbe o tem stanju osvobodili ali jih zdravili v špitalu, ki bodo temu namenjeni.« (Nerat & Pivec, 2010). Kljub prizadevanju družbenega odnosa do duševne motnje in destigmatizaciji, so bila negativna prepričanja še vedno prisotna. Human odnos do pacientov z duševno motnjo je v zadnjem stoletju postajal vse manj stigmatiziran. Področje forenzične psihiatrije pa skozi obdobja še vedno ni našlo posebnega mesta. Forenzična psihiatrija in zdravstvena obravnava v bolnišničnem okolju je začela nastajati v 20. stoletju zaradi upoštevanja temeljnih človekovih pravic in svoboščin tudi pri tistih, ki so storili kaznivo dejanje. Večina razvitih držav po svetu ima primerno urejeno dejavnost na področju forenzične psihiatrije, ki zajema izvajanje psihiatrično pomembnih terapevtskih ukrepov, tako za prištevne kot tudi za neprištevne storilce kaznivih dejanj. Nekatere države imajo že kar nekaj časa dobro organizirane forenzične bolnišnice (Nerat & Pivec, 2010). Nasprotno pa lahko najdemo države, kjer še vedno nimajo urejenega zakona in obravnave na področju forenzične psihiatrije. Če pregledamo urejenost duševnega zdravja oziroma psihiatrije po državah v svetu, ugotovimo, da 43 % držav nima organizirane politike duševnega zdravja, 23 % jih nima urejene zakonodaje na področju duševnega zdravja, 38 % držav nima organizirane pomoči v skupnosti in 41 % držav nima na voljo obravnave hude motnje duševnega zdravja v primarnem zdravstvenem varstvu (Hamaoui, et al., 2009). Ko ocenjujemo Slovenijo, ugotovimo, da je bil v Sloveniji Zakon o duševnem zdravju (2008) sprejet že leta 2008. V Sloveniji smo enota, kjer nameščajo paciente z obveznim ukrepom zdravljenja, ustanovili leta 2011 po vzoru drugih evropskih in svetovnih držav. Enota za forenzično psihiatrijo, ki je locirana znotraj Oddelka za psihiatrijo na Univerzitetnem

kliničnem centru Maribor, je bila ustanovljena na pobudo Ministrstva za zdravje Republike Slovenije in Ministrstva za pravosodje Republike Slovenije. V sklopu običajnih psihiatričnih oddelkov področje velja še vedno za novost v slovenskem zdravstvenem sistemu (Nerat & Pivec, 2010; Božikov Tekavčič, 2014).

2.3 PACIENT Z OBVEZNIŠIM UKREPOM ZDRAVLJENJA

Pacient z obveznim ukrepom zdravljenja označuje posameznika, ki je nameščen na forenzično psihiatrični oddelek po pravnomočnem zaključku kazenskega postopka sodišča. Gre za zdravstveno obravnavo proti njegovi volji in praviloma odstopajo od običajne populacije. Področje obravnava izredno občutljivo populacijo, za katero so poleg različnih duševnih motenj značilne še nasilno vedenje in pogosto uživanje različnih psihoaktivnih substanc. Skratka, govorimo o skupini ljudi z zelo neprilagojenim vedenjem (Citrome & Volavka, 2011).

Pri pacientih z obveznim ukrepom zdravljenja lahko prepoznamo značilen osebnostni profil. Nemška raziskava (Stupperich, et al., 2009) je vključevala 141 nemških pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja in pri njih ugotovila prisotnost agresije, negativen pogled na življenje in nizko samozavest. V sklopu duševnih motenj so se kar pri enainpetdesetih pacientih najpogosteje pojavljale motnje osebnosti, psihoze, idr. Najpogosteje so bili pri pacientih prisotni nizki socio-ekonomski status, zgodovina nasilja, nizka stopnja izobrazbe; več kot polovica pacientov je imela v svoji anamnezi probleme z drogo ali alkoholom. V omenjeni skupini so imeli v več kot polovici primerov moški in ženske samski status. Prevladovala pa je moška populacija. Starostnih omejitev v zavodih za prestajanje kazni ni, v obravnavi je lahko mladoletnik kot tudi starostnik. Največ dejanj, ki jih storijo pacienti z obveznim ukrepom zdravljenja, so poskusi umora ali napada, kraje in v manjših odstotkih požig ter umor (West, 2015).

V okviru forenzične psihiatrije najdemo širok spekter duševnih motenj, kot so: akutne psihoze, shizofrenija, manije, bipolarne motnje, depresivna stanja s samomorilno ogroženostjo ali psihotičnimi simptomi, delirantna stanja, nediagnosticiran kronični

psihoorganski sindrom ter osebnostne motnje. Absolutna kontraindikacija za sprejem na forenzično psihiatrični oddelek je odvisnost od psihoaktivnih substanc, razen kadar govorimo o sočasni prisotnosti duševne motnje, za katero je sodišče izreklo bolnišnično obravnavo (Božikov Tekavčič, 2014). Pogosto obravnavani duševni motnji v forenzično psihiatrični stroki sta shizofrenija in bipolarna motnja (Kramp & Gabrielsen, 2009; Schanda, et al., 2009; Pustoslemšek, 2014; West, 2015).

2.3.1 Pojavnost pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja

Pojavnost duševne motnje med posamezniki v svetu in Sloveniji strmo narašča, sorazmerno pa narašča tudi število pacientov z duševno motnjo, ki so hkrati tudi pacienti z obveznim ukrepom zdravljenja (Pustoslemšek, 2014; Hvalič Touzery, et al., 2015). Tako se je v zadnjih desetletjih bistveno povečalo število sprejemov v forenzične bolnišnice v nekaterih evropskih državah. Natančnega vzroka glede porasta ne poznajo, omenjajo pa vzroke, povezane s področjem zakonodaje duševnega zdravja, deinstitucionalizacije, porast uporabe psihoaktivnih substanc ter različnih družbenih sprememb (Schanda, et al., 2009; Pustoslemšek, 2014). Anglija je ena izmed držav, v kateri strmo narašča stopnja kaznivega dejanja, predvsem nasilja, ki je storjeno pod vplivom duševne motnje. Tudi Danska prikazuje podatke o povečevanju pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja. Do sedemdesetih let prejšnjega stoletja je bilo na Danskem obravnavanih približno 300 pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja. Do začetka osemdesetih let prejšnjega stoletja se je število začelo povečevati in do decembra 1997 je številka narasla na 1043 pacientov. Do konca leta 2006 se je številka na Danskem povzpela na približno 2000 pacientov, tako so zabeležili letno stopnjo rasti 11 % v letih 2000–2006. Potrebno je omeniti tudi Škotsko, ki predstavlja državo z nizko stopnjo pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja v primerjavi z Anglijo (Kramp & Gabrielsen, 2009). Na splošno novejša ocene potrjujejo naraščanje pojavnosti pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja v svetu (National Association of State Mental Health Program Directors, 2017), prav tako pa se tudi v Sloveniji opaža porast pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja (Pustoslemšek, 2017). Glede na omenjene raziskave, ki opisujejo porast pacientov, pa je pomembno omeniti tudi povprečno ležalno dobo na oddelkih za forenzično psihiatrijo, ki se z leti daljša (Pustoslemšek, 2014).

2.4 DUŠEVNE MOTNJE V POVEZAVI Z NASILJEM

Psihiatrična dejavnost, ki je skupno ime tudi forenzični psihiatriji se pogosto srečuje z nasilnim vedenjem pacientov različnih oblik (Citrome & Volavka, 2011; Bojić, et al., 2016). Največji problem se kaže v odnosu med zaposlenimi v zdravstveni negi in pacienti. Medicinske sestre so kar v 60,1 % izpostavljene psihičnemu nasilju in so v 30,5 % žrtve fizičnega nasilja. Zaposleni na področju psihiatrije sprejemajo nasilje kot del svojega poklica, saj je njihova toleranca višja kot pa pri zaposlenih v drugih poklicih, kar pa ne pomeni, da so do nasilja nekritični (Bojić, et al., 2016).

Etiologija agresivnega vedenja je multifaktorska in ga lahko povzroči psihoza, impulzivnost, psihopatija, zastrupitev, kognitivna okvara, lahko celo kombinacija vseh omenjenih (Citrome & Volavka, 2011). Dejavnike tveganja nasilja na področju psihiatrije razvrstimo v dve skupini. Prva skupina opisuje demografske podatke pacienta, doseženo izobrazbo, pretekle poškodbe glave in dejavnike, na katere zaposleni v zdravstvu ne morejo vplivati s kliničnimi intervencijami. Druga skupina opisuje različne dejavnike tveganja, npr. halucinacije, preganjalne blodnje, depresijo, brezupnost, sprejem proti volji pacienta, načrtovan samomor in dostop do orožja. Na dejavnike, ki so opisani v drugi skupini, pa stroka lahko vpliva z raznimi kliničnimi intervencijami (Bojić, et al., 2016; O'Rourke, et al., 2018).

Dokler ni bilo narejenih ustreznih raziskav, je večina strokovnjakov vse do osemdesetih let prejšnjega stoletja menila, da med duševnimi motnjami in nasiljem ni nikakršnih povezav. Raziskava, narejena v Združenih državah Amerike, je ugotovila prevalenco nasilja 7,3 % pri duševno zdravih ljudeh, medtem ko se je pri osebah s hudo duševno motnjo (shizofrenijo, afektivno motnjo) in pri osebah, ki so uživali psihoaktivne snovi, nasilje povečalo na 35 %. Osebe z duševno motnjo in hkratnim uživanjem psihoaktivnih snovi so imele v preteklosti opisanih 43,6 % primerov nasilja. Vsi omenjeni podatki kažejo na nekakšno povezanost nasilja in duševne motnje. Ne smemo pa prezreti tudi pridružene uporabe psihoaktivnih snovi, ki lahko povečuje verjetnost izvršitve nasilnega dejanja. Nekatero raziskavo so celo opisovale, kako uporaba psihoaktivnih substanc povečuje stopnjo nasilja tako pri duševno zdravih posameznikih, kot tudi pri pacientih z

duševno motnjo. Izpostavili so, da je psihoaktivna snov nekakšen posrednik med duševno motnjo in nasiljem (Völlm, et al., 2018). Američani imajo opisano posebno klasifikacijo duševnih motenj, ki vključujejo nasilnost oziroma agresivnost. V klasifikaciji je najpogosteje opisana motnja z največkratnim pojavom nasilja in agresije, to je intermitentna eksplozivna motnja. Ostale motnje, ki so ji sledile, so bile motnje v povezavi z intoksikacijami (alkohol, amfetamini), osebnostne motnje (antisocialna, mejna), shizofrenija (paranoidnega tipa), delirij, demenca, duševna manjrazvitost (American Psychiatric Association, 2013). Kobal (2000), opisuje dve skupini pacientov z duševno motnjo, med katerimi se pojavlja nasilje. To so pacienti z osebnostno motnjo in pacienti s psihozo. Nasilje v psihiatriji ni stalnica in se ne pojavlja pri vseh pacientih vedno in povsod. Dementni pacienti, pacienti s psihosomatsko boleznijo ali nekatere vrste osebnostnih motenj niso povezane z nasiljem in so tako za družbo nenevarni (Kobal, 2000).

V nadaljevanju bodo predstavljene nekatere najbolj značilne duševne motnje, med katerimi se lahko pojavi nasilno vedenje.

2.4.1 Duševna motnja 1: shizofrenija

Shizofrenija je huda duševna motnja in spada v skupino psihoz. Kaže se z vrsto simptomov oziroma znakov, kot so motnje zaznavanja, mišljenja, čustvovanja, odločanja, volje in koncentracije. V napredovanju bolezni se lahko razvijejo spoznavne motnje, ki obolelega bistveno ovirajo pri vsakdanjem delovanju. Najpogostejši potek bolezni vključuje več epizod z vmesnim izboljšanjem, ki pa je lahko popolna ali delna. Vzrok za nastanek te motnje še ni znan, največ podatkov pa govori o neravnovesju nekaterih kemičnih snovi v možganih. Za shizofrenijo oboleva okoli 1 % prebivalcev, enako prizadene ženske kot moške. Shizofrenija se najpogosteje pojavi med 15 in 45 letom starosti. Najpomembnejši dejavnik za nastanek motnje je dednost, dejavniki okolja pa so prisotni šele v času razkrite duševne motnje (Kobal, 2009). Oseba s shizofrenijo ima lahko nepovezan govor, prisluhe, preganjalne, lahko celo zasledovalne in nanašalne blodnje. V opisanih znakih in simptomih lahko oseba razvije nasilno vedenje v mislih, da se bo obvarovala. Oblika z opisanimi simptomi in znaki se imenuje

paranoidna oblika shizofrenije in se med populacijo pojavlja najpogosteje (Kobal, 2009; Völlm, et al., 2018). Psihiatrične motnje, zlasti bipolarni motnje in shizofrenija, so pogosto povezane z agresivnim vedenjem (Soyka, et al., 2015).

2.4.2 Duševna motnja 2: bipolarna motnja

Bipolarna motnja je duševna motnja, pri kateri se izmenjujeta depresivna in manična epizoda, posledično ji pravimo tudi bolezen dveh obrazov. V fazi depresije je oseba brezvoljna, žalostna, občuti praznino in je utrujena, medtem ko v fazi manije oseba občuti euforijo, pretirano veselje, hiperaktivnost, pri svojem delovanju nima nobenih ovir in je popolna. Vzrok za nastanek najdemo v dednem zapisu in dejavnikih okolja. Omenjena razpoloženska motnja prizadene med 1,2 in 1,6 % celotne populacije. Za bipolarno motnjo lahko zboli vsak, tako otroci in mladostniki, kot tudi starejše osebe. Najpogosteje se pojavi v obdobju zgodnje odraslosti (Pikovnik & Fink, 2010). Prav tako kot shizofrenija tudi bipolarna razpoloženska motnja spada v skupino motenj, povezanih z nasilnim dejanjem. Pomembno je omeniti naraščanje nasilja pri pacientih, ki trpijo za bipolarno motnjo in shizofrenijo ter sočasnega uživanja psihoaktivne substance. Pri nadziranju zlorabe psihoaktivnih snovi se lahko pri bipolarni motnji nasilno vedenje nekoliko zmanjša (Völlm, et al., 2018).

2.4.3 Duševna motnja 3: delirij

Delirij spada v skupino organskih duševnih motenj. Razvije se razmeroma hitro in traja nekaj ur, lahko celo nekaj dni. Delirij opisuje stanje skaljene zavesti in pridruženih spoznavnih ali zaznavnih motenj ter je pogost vzrok za izražanje nemirnega, lahko celo nasilnega vedenja. Delirij se lahko razvije tako pri telesnih boleznih, kot tudi pri duševnih motnjah. Med dejavnike tveganja za nastanek štejemo starejšo populacijo ljudi, bolnike, ki so prestali operacijo, bolnike, zdravljenega na intenzivnih enotah in onkološke paciente. Običajno delirij ne pušča trajnih posledic, lahko pa povzroči življenjsko ogrožajoče stanje. Na področju psihiatrije najdemo delirantne paciente, odvisne od alkohola ali sedativov (Korošec Jagodič, et al., 2009). Obstajajo trdni dokazi za združevanje agresije z odvisnostjo od alkohola oziroma s stanjem alkoholnega

delirija. Pacient v stanju skaljene zavesti pogosto občuti strah, je zmeden, lahko razvije celo agresivno vedenje (Soyka, et al., 2015).

2.4.5 Duševna motnja 4: osebnostna motnja

Osebnostne motnje spadajo v skupino duševnih motenj, za katere so značilne dolgotrajne motnje mišljenja in vedenja. Osebnostne poteze so znane bolj ali manj po trajnosti, neprilagodljivosti in nespremenljivosti. Strokovnjaki menijo, da gre za motnjo bistvenega odstopanja vedenja posameznika od pričakovanja družbe. Najpogosteje se motnja pojavi v času zgodnje odraslosti, oziroma kadar v življenje vstopijo večji stresni dogodki. Veliko posameznikov ne ve, da obolevajo za osebno motnjo. Vzorec spremenjenega mišljenja, vedenja, občutenja in delovanja v posamezniku povzročajo trpljenje tako na družbenem kot tudi poklicnem delovanju (Kobal, 2009). Ena izmed pogostejših osebnostnih motenj je *borderline* ali *mejna osebno motnja*. Pojavi se pri 6 % ljudi. Od tega kar v 75 % zbolevalo ženske. Gre za motnjo, pri kateri je značilna intenzivna čustvena nestabilnost, črno-bel pogled na svet, impulzivnost, nezaupljivost in nenehen strah pred zapuščanjem. Posamezniki imajo težave z negotovo identiteto, spremenljivo samopodobo in hitrim menjavanjem življenjskega sloga, delovnega okolja, prijateljev, ker pogosto ne čutijo in ne vedo, kaj si v življenju zares želijo. Pasivno iščejo osebo za zaščito in podporo v njihovem življenju, saj sami niso sposobni doseči varnega okolja (Inštitut za razvoj človekovih virov, 2018).

Druga pomembna osebno motnja je *disocialna osebno motnja*. V nasprotju z shizofrenijo disocialna osebno motnja ni ozdravljiva, saj psihofarmakologija ne ponuja ustreznega zdravila. Na Enoti za forenzično psihiatrijo v Mariboru so obravnavali okoli 10 % pacientov s hujšo disocialno osebno motnjo. Večina pacientov po sprejemu v enoto odklanja kakršno koli konstruktivno sodelovanje s strokovnjaki. Za take paciente je značilno, da nenehno opazujejo okolico, v kateri so nameščeni, kontrolirajo in komentirajo zaposlene, preučujejo sistem varovanja prostorov, neprestano iščejo svoje pravice in se pritožujejo čez hišni red. Kadar postanejo pacienti nasilni, kar je pogost pojav, imajo predpisana pomirjevala, ki jih predpiše psihiater in tako paciente ustrezno pomirijo. V času diagnosticiranja, lahko

poleg omenjene motnje odkrijejo še druge motnje, lahko celo duševno manjrazvitost. Pogosto se ugotovi odvisnost od psihoaktivnih snovi. Pri pacientih najpogosteje zdravijo odvisnost od psihoaktivnih snovi, kadar je to potrebno in predhodne depresivne epizode. Pri zdravstveni obravnavi je pomembno organizirano spodbujanje k skrbi za osebno higieno in urejenost ter samostojno funkcioniranje v skladu z redom in terapevtskimi aktivnostmi. Po potrebi imajo pacienti možnost vključevanja v obravnavo odvisnosti od alkoholizma, vendar se pogosto v tovrstni program niso zadostno prilagodili, da bi lahko opravili skupinski program v celoti. Motivacija, ki jo izvajajo zaposleni na oddelku, je za paciente izredno težavna. Pacienti se pritožujejo, ko jih zaposleni budijo in vabijo k jutranji telovadbi, osebni higieni in celo k zajtrku. Skratka v večini primerov je ugotovljena nezmožnost zdravljenja in nesmiselnega nadaljevanja. O stanju zdravstvena ustanova obvesti pristojno sodišče in tako poda obrazložitev (nesmiselno nadaljevanje izvajanja varnostnega ukrepa po členu 70.aKZ-1) ter tako prekine zdravstveno obravnavo (Ficko-Zalokar, 2016).

Med opisanimi značilnostmi mejne osebnostne motnje in disocialne osebnostne motnje v prvi vrsti zasledimo impulzivno agresijo. Pojavlja se kot verbalno nasilje zaradi intenzivne jeze, fizično nasilje do soljudi, izkazovanje nasilja do predmetov in v skrajnem primeru samopoškodovanje. Neverbalno nasilje se kaže kot spreminjanje razpoloženja in vedenja, neutemeljene pritožbe, zahteve po pozornosti, idr. Delo s pacienti, ki trpijo zaradi osebnostne motnje, je za medicinske sestre izredno zahtevno. Največji problem se kaže v vzpostavitvi medosebnega odnosa med medicinsko sestro in pacientom, ki je za uspešno zdravstveno obravnavo ključen (Blazinšek, 2016).

2.4.6 Pojav komorbidnosti kot dejavnik tveganja za nasilje

Komorbidnost v forenzični psihiatriji opisuje sočasen pojav dveh ali več bolezni, stanj ali psihoaktivnih motenj. Znana je tudi pod imenom dvojna diagnoza. Komorbidnost, se pojavi sočasno s primarno boleznijo in jo ob pojavu pridruženega stanja glede na njen potek oteži. Pogosto je kakovost življenja slabša, prav tako kot tudi splošno stanje telesa. V večini primerov se podaljša tudi pacientova hospitalizacija. Možnost smrti je v primeru komorbidnosti višja. Zdravstvena obravnava je bolj zahtevna in v številnih

primerih manj uspešna (Nanut, 2010). Na področju forenzične psihiatrije je komorbidnost pogosta. Največkrat je ob duševni motnji prisotno še uživanje psihoaktivne substance ali alkohola, kar pa je velik povzročitelj nasilnega vedenja (Völlm, et al., 2018). Na opisano temo je v preteklosti potekalo mnogo raziskav, kjer so potrdili tesno povezavo med nasilnimi storilci in zlorabo komorbidne snovi. Znano je, da imajo mnogi nasilni prestopniki številne psihiatrične diagnoze, v kar 50–80 % pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja ima vzročno zvezo med duševnimi motnjami in sočasno zlorabo psihoaktivnih snovi (komorbidnost). Na splošno obstaja, velika stopnja psihiatrične komorbidnosti pri pacientih z obveznim ukrepom zdravljenja z razširjenostjo osebnostnih motenj v kar 50–90 %, motnje razpoloženja v 20–60 % in psihotične motnje v 15–20 %, skupaj z motnjami zlorabe psihoaktivnih snovi. Zloraba droge in alkohola lahko povzroči resne psihotične učinke ter tako povzroči ekstremno nasilno vedenje in posledično hudo kaznivo dejanje, kot so fizični napad, posilstvo, oboroženi rop, poskus umora in umor, posledično vse zaradi učinka psihotičnih simptomov na spremenjeno funkcioniranje možganov (Palijan, et al., 2009).

2.5 ORGANIZACIJA FORENZIČNE PSIHIATRIJE V SVETU

Organizacija skrbi za paciente z obveznim ukrepom zdravljenja se v svetovnem merilu razlikuje, prav tako tudi znotraj Evropske unije. Razlog za neenotnost se kaže v različnih zgodovinskih razvojih, pravnih sistemih in različnih sistemih duševnega zdravja (Nedopil, 2009; Stojanović, 2016). Čeprav se podrobnosti v praksi forenzične psihiatrije razlikujejo znotraj meja Evrope, imajo države skupna načela in cilje, ki so naslednji: zagotovljena zdravstvena obravnava za zahtevne paciente z duševno motnjo, predložitev dokazil sodišča v primeru zmanjšane prištevnosti ali neprištevnosti, učinkovito delo na vmesniku prava in psihiatrije ter preprečevanje ponovne kršitve pod vplivom duševne motnje (Nedopil, 2009).

2.5.1 Evropske države – splošno stanje

Večina severno ležečih evropskih držav ima ustanovljene posebne forenzično psihiatrične bolnišnice in storitve, medtem ko državi Francija in Italija ter nekatere druge južno evropske države nimajo takšnih institucij in storitev (Nedopil, 2009). Opazimo lahko tudi razlike v indikaciji in času namestitve pacienta. V Združenem kraljestvu imajo dostop do forenzično psihiatrične obravnave določen na podlagi duševnega stanja v času ocenjevanja. Kar pomeni, če je oseba ocenjena kot manj prištevna ali neprištevna v času ocenjevanja, je vključena v zdravstveno obravnavo na področju forenzične psihiatrije, kadar pa ocena nasprotuje zakonu, je oseba pridržana po zapornem režimu. Večina evropskih držav dovoljuje dolžino zdravstvene obravnave v ustanovah forenzične psihiatrije glede na pridržanje in dolžino zaporne kazni, ki bi jo izreklo sodišče. Prav tako je na Hrvaškem, Portugalskem in v Italiji čas obvezne psihiatrične obravnave omejena na zaporno kazen, ki bi jo imel posameznik brez duševne motnje (Kramp & Gabrielsen, 2009). Nedopil (2009) je v svojem pregledu iz leta 2009 omenjal povprečno dolžino zdravstvene obravnave, ki naj bi znašala šest let (Nedopil, 2009).

Medtem ko se sistem v Združenih državah Amerike osredotoča na vlogo forenzičnega psihiatra v pravnem kontekstu in vključuje vprašanja civilnega prava, ima Evropska forenzična psihiatrija nekoliko drugačen pogled in perspektivo, ki poudarja obravnavo duševno neurejenih storilcev kaznivega dejanja. Vse evropske države v zakonodaji priznavajo koncept kaznivega dejanja in vključevanje odgovornosti kot predpogoj za kaznovanje. Posamezniki, ki za svoja dejanja niso odgovorni, so oproščeni kaznovanja in ustrezajo namestitvi v forenzično psihiatrično ustanovo. Večina držav, vendar ne vse, priznavajo nekakšno razvrščanje odgovornosti. V primeru zmanjšane prištevnosti lahko odgovoren organ odredi manj strogo kaznovanje oziroma krajšo zaporno kazen od primera, ko je oseba popolnoma odgovorna ali povsem neodgovorna. Večina evropskih držav ima zakonsko določeno stopnjo zmanjšane odgovornosti, ki dovoljuje za vstop v forenzično psihiatrični sistem, medtem ko so posamezniki s polno odgovornostjo za storjeno kaznivo dejanje podvrženi kazni, tudi če so trpeli zaradi duševne motnje v času kaznivega dejanja (Völlm, et al., 2018). V Združenem kraljestvu dostop do forenzično

psihiatrične obravnave ni odvisen od kazenske odgovornosti in se izrecno določi na podlagi duševnega stanja v času ocenjevanja (Mason, et al., 2009). Rezultat različnih sistemov se kaže tudi z različno stopnjo pridržanja med državami znotraj Evropske unije. Vzhodnoevropske države kažejo zaprtje nad 200 na 100 000 prebivalcev, Anglija in Wales prevzemata vodilno mesto nad zahodnoevropskimi državami s skoraj 150 na 100 000 prebivalcev, medtem ko so najnižje stopnje zapora v severnoevropskih državah s številkami približno 40–70 na 100 000 prebivalcev. Točno število zasedenih forenzičnih postelj med posameznimi državami je težko določiti. Belgija je država, ki je poročala o zasedenosti več kot 10 postelj na 100 000 prebivalcev, medtem ko je šest držav (Irska, Španija, Portugalska, Avstrija, Italija in Grčija) navedlo zasedenost manj kot 5 postelj na 100 000 prebivalcev. Vse več držav se zanima za ambulantno zdravstveno obravnavo pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja. Države, ki imajo že dobro razvito ambulantno storitev na tem področju, so Združeno kraljestvo, Nizozemska, Belgija, Poljska, Nemčija in Avstrija (Völlm, et al., 2018). Zdravstvena obravnava pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja se glede na državno ureditev razlikuje. Na voljo so številne nastanitve v skupnostih (bodisi kot preusmeritev iz skrbništva ali po sprostivni), v varnih forenzično psihiatričnih bolnišnicah, ki imajo različne varnostne ravni ali v zaporih. Nekatere države imajo razvite programe preusmerjanja, ki omogočajo zgodnje odkrivanje duševne motnje, npr. v času aretacije ali nastopa na sodišču (Mason, et al., 2009). Programi omogočajo preusmeritev na zdravstveno obravnavo brez sodelovanja sistema kazenskega pravosodja. Pregled in preusmeritev, običajno opravljajo medicinske sestre z dodatnimi znanji omenjenega področja. Delujejo na policijskih postajah ali sodiščih in zagotavljajo preglede in napotitev storilcev kaznivih dejanj. Ugotovljeno je bilo, da takšen profil zaposlovanja in shema izboljšujeta zdravje in zmanjša tveganje za ponovne kršitve, kar je za sistem forenzične psihiatrije zelo priporočljivo (Völlm, et al., 2018).

Zaradi državnih raznolikosti na področju forenzične psihiatrije, so bile sprejete pobude za učenje in razumevanje različnih tradicij in praks po vsej Evropi, zlasti forenzičnega oddelka Evropskega združenja psihiatrov in skupine Gent (Nedopil, 2009). Skupina Gent je bila ustanovljena leta 2004, predvsem zaradi različnega razumevanja, znanja, izkušenj forenzične psihiatrije v številnih držav Evropske unije. Prizadevajo si za lažje

in profesionalno komuniciranje z duševno neurejenimi storilci kaznivega dejanja, ki se pojavljajo na sodiščih, razumevanje postopkov obravnave v različnih državah znotraj Evropske unije ter tako poiskati skupna stališča. Glavni cilj je poučevanje in usposabljanje na nacionalni ravni in učenje drug od drugega. V skupino Gent lahko pristopi vsak zainteresiran, strokovnjaki brez zakonske ureditve. Omenjena skupina predstavlja najpomembnejšo evropsko mrežo na področju forenzične psihiatrije. Srečanja so organizirana enkrat letno v različnih državah (Skandinavske države, Nemčija, Belgija, Nizozemska, Združeno kraljestvo, Španija, Italija, Madžarska) (Nedopil, et al., 2015).

2.5.2 Finska

Finska ima dve državni psihiatrični bolnišnici za zagotavljanje visokokakovostne specializirane forenzično psihiatrične storitve, poleg omenjenega pa ima organizirane še psihiatrične preglede ter možnost usposabljanja in razvoja osebja. Sistem paciente razdeli v tri skupine. Prva skupina vključuje posameznike, ki so storili hudo kaznivo dejanje, vendar so bili zaradi pridružene duševne motnje ugotovljeni za nekrive. Druga skupina obsega paciente z duševno motnjo, za katero je zdravstvena obravnava zelo težka, nevarna, ali celo neizvedljivo v drugih lokalnih bolnišnicah. Tretja skupina pa sestavlja paciente, med katerimi je potrebno opraviti preiskave s področja forenzične preiskave. Poleg dveh omenjenih bolnišnic imajo forenzično psihiatrično dejavnost organizirano še v sedmih forenzično psihiatričnih oddelkih v različnih bolnišnicah. Povprečna obravnava traja več let, nekje od štiri do devet let in ni določena z zakonom, ampak z napredkom zdravstvene obravnave. V času obravnave tečejo postopki za prevzem odgovornosti, kot tudi postopek razreševanja, ki jih izvajajo zdravstveni organi. V skladu s Finsko zakonodajo je potrebno zagotoviti zaupnost vseh podatkov, ki jih pacient deli z zdravstvenim osebjem. Za kakršne koli informacije lahko zaprosi le policija. Kljub izrednim razmeram v forenzični psihiatriji trenutno ni nacionalne specializacije ali izobraževanja za »sodne« medicinske sestre. Na Finskem imajo tako imenovano praktično psihiatrično medicinsko sestro/tehničico zdravstvene nege, ki za samostojno delovanje potrebuje tri leta poklicnega izobraževanja na področju forenzične psihiatrije (Askola, et al., 2017).

2.5.3 Združeno kraljestvo

Združeno kraljestvo ima od 80. let prejšnjega stoletja organizirane tri ravni obravnave pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja. V preteklosti so poznali le eno varnostno psihiatrični sistem, danes pa poznamo visoko varnost (high security), srednjo (medium security), in zadnjo, ki predstavlja nizko varnost (low security). Vloga posamezne ravni vključuje pričakovano vedenje posameznika, kot tudi obseg obravnave in ukrepi zdravljenja. Visoka varnost predstavlja najvišjo povprečno bivanje bolnikov, ki znaša med sedem in osem let, s kratkim skrajšanjem na šest let in pol. V nasprotju z visoko varnostno ravno ima srednja varnostna enota veliko krajšo povprečno dolžino bivanja z možnostjo dvosmerne napotitve (do višje in do nižje varnostne ravni), odvisno od primernosti in potrebe bolnikov. Tako ima opisan sistem možnosti prehajanja bolnikov glede na njihovo zdravstveno stanje. Srednja varnostna raven temelji na obravnavi z manj skrbništva in več terapevtskega programa. Nizka stopnja varnosti temelji na tako imenovanem vmesniku s psihiatričnimi ukrepi skupnosti. Forenzično psihiatrijo želijo razširiti v zapore, sodišča in klinike ter tako povečati gradnjo srednjih in nizko varnostnih objektov (Mason, et al., 2009).

2.5.4 Italija

Italija je ena izmed prvih držav na svetu, ki je zaprla forenzično psihiatrično bolnišnico in tako preusmerila organizacijski sistem v stanovanjski model oskrbe, ki temelji na varnih stanovanjskih enotah v skupnosti. Za pretvorbo sistema so potrebovali dolgo in težko pot. Proces 40-letne pretvorbe je bil končan šele januarja leta 2017 z zaprtjem zadnje forenzično psihiatrične bolnišnice. Zaradi preoblikovanja v stanovanjski model oskrbe je Italija postala prva in edina država v svetu, ki je sledila načelom de-institucionalizacije gibanja v takšnem obsegu, da bi opustili bolnišnice, ki temeljijo na forenzično psihiatrični negi v korist stanovanjskim enotam, ki zaposlujejo samo klinično osebje. Med obema sistemoma se je zmanjšalo število pacientov za približno 40 %. Sistem je imel nekaj težav v začetku delovanja zaradi preobremenjenosti, saj je leta 2017 čakalo na obravnavo 235 pacientov. Ti so bili nekaj časa zadržani v zaporu, v službah za duševno zdravje v skupnosti ali pa so ostali doma ter tako predstavljali

tveganje zase in družbo. Trenutno število pacientov, ki čaka na sprejem v stanovanjski model oskrbe, se izvaja na nacionalni ravni (Di Lorito, et al., 2017).

Strukturne značilnosti stanovanjskega modela so določene z zakonom, da bi dosegli štiri glavne cilje: varnostni ukrep, manjše enote, individualizirana oskrba in obnovitev v nastavitvah skupnosti. Za zagotavljanje visoko kakovostnih standardov je vsaka stanovanjska enota omejena na maksimum dvajset postelj in mora zaposlovati le zdravstveno osebje ter tako zagotoviti pacientovo razmerje 0,9 : 1. V vsakem stanovanjskem modelu zaposlujejo najmanj dva psihiatra, enega psihologa, dva poklicna terapevta, enega socialnega delavca, šestnajst medicinskih sester in deset pomočnikov zdravstvene nege. Za razliko od starega sistema mora biti stanovanjski model nameščen v popolno novih zgradbah ali v že obstoječih zgradbah, ki so se v preteklosti uporabljale za rehabilitacijo v skupnosti. Vsak pacient je nameščen v enoposteljno ali dvoposteljno sobo, v primerjavi s prenatrpanimi spalnimi prostori forenzično psihiatrične bolnišnice. Sobe so odklenjene ves dan in omogočajo dostop ter spodbujanje k ureditvi in krasitvi po svojem okusu z osebnimi predmeti. V času izrednega varnostnega dogodka osebje zaklene vrata in uporabi tako imenovan ograjen obseg. V primeru pacientove akutne epizode ga je mogoče preusmeriti na takojšno zdravstveno obravnavo na akutne oddelke v splošno psihiatrično bolnišnico, ki se običajno nahaja v bližini vsake stanovanjske enote. Sprejem pacienta je indiciran samo z obveznim pooblastilom sodišča. Zakon predpisuje omejitev pacientove obravnave v stanovanjski enoti glede na trajanje zaporne kazni kaznivega dejanja, ki ga je oseba storila. Nekatere enote so vključene v razne programe povezane z okoljem in gibanjem, spet drugim je dovoljen dopust oziroma izhod iz ustanove. Približno 35 do 40 % oziroma 120 pacientov dobi vsaj en izhod od šest do osem ur, približno 20 % jih dobi izhod v višini enega dneva ali več. Na splošno je večina pacientov zadovoljnih z opisanim sistemom, vključeni so v skupine, ki jih veselijo. Imajo različne možnosti vključevanja, kot so: kuharske skupine, priprava seznama za nakup hrane, priprava in razdelitev obrokov, dostop do telovadnice, pod nadzorom zdravstvenega osebja, različne igre, gledanje tv, kulturni in izobraževalni programi, gledališke delavnice, branje knjig in časopisa, dostop do računalniških prostorov, itd. Negativna lastnost

sistema se kaže na dolgotrajnem postopku, kar ovira tok financ in ima posledično višje stroške v primerjavi s preteklim sistemom (Di Lorito, et al., 2017).

2.5.5 Nemčija

Tudi Nemčija ima svoje posebnosti pri zdravstveni obravnavi storilca kaznivega dejanja s hkratno duševno motnjo. Njihova obravnava nima enovite organizacije. Kazenski zakonik ureja namestitve storilca, bodisi v forenzično bolnišnico ali v psihiatrično bolnišnico. Sodišče odloča o vrsti namestitve storilca kaznivega dejanja. V primeru, da je ukrep zaključen v omenjenih ustanovah in kadar ukrep ni podan za nadaljevanje obravnave, je ukrep razglašen za izvršenega. V nadaljevanju sodišče odredi ukrep nadzora nad vedenjem pacienta, lahko pa omenjen ukrep ne nastopi, v primeru, kadar je pričakovati, da pacient ni v nevarnosti za ponovno tveganje kaznivega dejanja. Nemčija ima zakonsko določen rok trajanja ukrepa, ki lahko znaša šest mesecev pri zdravstveni obravnavi odvisnosti, eno leto pri zdravstveni obravnavi v psihiatrični bolnišnici in dve leti pri zdravstveni obravnavi v forenzični bolnišnici. V času zdravstvene obravnave lahko sodišče kadarkoli preveri, ali je obravnava zadostna ali jo je moč zadržati ali odložiti. Pacientova zdravstvena obravnava v forenzični bolnišnici lahko traja tudi deset let. Po preteku omenjenega obdobja sodišče ukrep razglasi za izpolnjenega, kadar ne obstaja tveganje za ponovitev kaznivega dejanja. Po končani zdravstveni obravnavi lahko Zbornica na področju izvrševanja kazenskih sankcij ali pristojno sodišče odredi ukrep izvajanja nadzora nad vedenjem pacienta. Omenjen nadzor oziroma kontrole se izvaja v zato urejenih ambulantah in tako pripomorejo k sledenju zdravstvenega stanja pacienta. Kadar je ugotovljeno povečano tveganje za ponovitev kaznivega dejanja in tako predstavlja nevarnost za družbo, se pristojno sodišče odloči za preklic nadzora ter se na podlagi ambulantne dejavnosti odloči za ponovno namestitev v forenzično bolnišnico (Stojanović, 2016).

2.6 ORGANIZACIJA FORENZIČNE PSIHIATRIJE V SLOVENIJI

Slovenija ima organizirano Enoto za forenzično psihiatrijo v Mariboru, ki je bila ustanovljena leta 2011 (Ministrstvo za pravosodje Republike Slovenije, 2011). Ker je

forenzična psihiatrija v slovenski ureditvi popolna neznanka, jo strokovnjaki skušajo prikazati s čim več zornih kotov in dobro preučeno teorijo vpeljati v čim bolj uspešno prakso. Slovenija za enkrat nima forenzične bolnišnice, v kateri bi se po odločitvi kazenskega sodišča v skladu z določili materialne in procesne kazenske zakonodaje izvajali medicinski terapevtski ukrepi proti splošno nevarnim storilcem kaznivih dejanj (ne glede na njihovo duševno zdravje in stopnjo kazenske odgovornosti). Paciente z obveznim ukrepom zdravljenja so dolga leta obravnavali v različnih psihiatričnih bolnišnicah po Sloveniji skupaj z ostalimi pacienti, kar pa je bilo za sistem izredno obremenjujoče (Nerat & Pivec, 2010). Šele leta 2011 so v Sloveniji uradno ustanovili Enoto za forenzično psihiatrijo v okviru Oddelka za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. Zdravstvena obravnava pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja v Enoti za forenzično psihiatrijo sme trajati najdlje pet let. Zakon določa, da mora Enota vsakih šest mesecev poročati pristojnemu sodišču o poteku in uspehu zdravstvene obravnave pacienta. Na podlagi pacientovega poročila, ki ga izda Enota, se sodišče odloči o prekinitvi ali podaljšanju zdravstvene obravnave. Prostorsko se Enota za forenzično psihiatrijo v Mariboru deli v dve etaži, F in E. Vsaka pa se ponovno razdeli v dve podenoti, in sicer F1 in F2 ter E1 in E2. F1 oddelek predstavlja in vključuje paciente z visoko stopnjo tveganja. Vsebuje dvanajst postelj ter dva dodatna prostora v namen posebnega varovalnega ukrepa. Na tem oddelku najdemo paciente, ki imajo akutne motnje, tu so samomorilni pacienti in pacienti s prenosljivimi boleznimi. Oddelek F2 predstavlja srednjo stopnjo tveganja in je nekoliko večji, vsebuje osemnajst postelj. V E etažo so nameščeni pacienti s srednjo in nizko stopnjo tveganja. Glede na potrebe po zdravstveni obravnavi se bo enota v prihodnjih letih širila. Enota za forenzično psihiatrijo zaposluje dva psihiatra, šest diplomiranih medicinskih sester/diplomiranih zdravstvenikov in diplomiranega delovnega terapevta, triindvajset tehnic in tehnikov zdravstvene nege ter občasno sodelovanje kliničnega psihologa in diplomirane socialne delavce. V enotah so zaposleni tudi pravosodni policisti, ki skrbijo za 24-urno varovanje objekta in oseb (Ministrstvo za pravosodje Republike Slovenije, 2011).

2.7 ODNOS MEDICINSKIH SESTRER DO PACIENTA Z OBVEZNI UKREPOM ZDRAVLJENJA

Zdravstvena nega na področju duševnega zdravja je specialno področje zdravstvene nege, ki pri svojem delu obravnava posameznika in duševno motnjo, sočasno pa sodeluje tudi z družino in širšo skupnostjo zdravstvenega varstva na primarnem, sekundarnem in terciarnem nivoju (Čuček Trifkovič & Pišlar, 2011). Forenzična zdravstvena nega združuje znanje s področja psihiatrične zdravstvene nege in sodnega sistema (Ozim, 2015). Forenzična zdravstvena nega vsekakor potrebuje dobro izobražen kader na področju poznavanja agresivnega vedenja in tveganja za nastanek le-tega. Velikokrat niso dovolj le znanje in izkušnje, ampak so pomembne tudi osebne lastnosti zaposlenih v zdravstveni negi, njihova zrelost in vrednote (Roljić, 2009).

Za doseganje uspešnega zdravja pacienta je potrebno vzpostaviti in razvijati zaupen medosebni odnos med zdravstvenim delavcem in pacientom. Doseganje omenjenega odnosa je eden izmed najpomembnejših konceptov obravnave (Finžgar, 2014; Salzmann-Erikson, et al., 2016). Uspešen in zaupen medosebni terapevtski odnos je moč ohraniti tudi s profesionalno distanco (Roljić, 2009). Oba akterja vstopata v odnos s svojim prepričanjem, strahovi, vrednotami in pričakovanji. Medicinska sestra je tista, ki mora pacienta sprejeti, ne sme ga obsojati, biti mora spoštljiva do njega, saj ima pacient kljub svoji motnji in kaznivemu dejanju pravico do dostojanstva in avtonomije (Finžgar, 2014). Medicinska sestra nudi pomoč pacientom pri vseh 14. temeljnih življenjskih aktivnostih, kadar jo potrebujejo. Sicer pa je pri tovrstnem delu pomembno, da medicinska sestra dela s pacientom in ne za pacienta. Delo v forenzični psihiatriji zahteva ogromno razumevanja, poslušanja, ne obsojanja, potrpljenja in ocenjevanja pacientovih potreb (Roljić, 2009). Specifične naloge medicinskih sester so tako v prvi vrsti uspešna terapevtska komunikacija, zagotavljanje varnosti pacienta in drugih zaposlenih, nudenja pomoči pacientu pri časovni in prostorski orientaciji in učenje življenja v dani situaciji oziroma pri spoprijemanju s posledicami storjenega kaznivega dejanja. Obravnava vključuje pacientovo vsakodnevno spodbujanje k samostojnosti in vztrajnosti ter k vzpostavljanju socialnih stikov med ostalimi subjekti znotraj forenzične psihiatrije in bližnjimi družinskimi člani (Finžgar, 2014).

Za kakovostno delo s pacienti mora medicinska sestra dobro poznati sebe in svoje osebne lastnosti. Imeti mora razvite sposobnosti na področju samoopazovanja, opazovanja drugih, ocenjevanje pacientovih socialnih potreb in visoko stopnjo komunikacijskih veščin. Zaposleni na področju zdravstvene nege predstavljajo jedro terapevtskega tima oziroma skupino zaposlenih, ki povezujejo zdravstveni tim in tako sodelujejo z ostalimi zdravstvenimi delavci. Njihove kompetence omogočajo skrb za pacienta in opazovanje vsakodnevne interakcije s preostalimi pacienti ter tako omogočajo celosten pogled na pacienta. Izvajanje kontinuirane zdravstvene nege omogoča, da pacient zaživi bolj kakovostno, varno in zdravo življenje (Roljić, 2009). Pomembno je, da medicinska sestra daje pacientu pozitiven vtis, ki pripomore k občutku obvladovanja situacije. Ob morebitnih provokacijah in žaljivkah je priporočljivo, da medicinska sestra potlači lasten občutek jeze in užaljenosti ter se v čim večji meri izogne zameram do pacienta, saj je vedenje obravnavanih pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja posledica duševne motnje. Agresija, ki je prisotna med pacienti, je pogosto odziv na izgubo dostojanstva, zato je ena ključnih nalog medicinskih sester, da pacientu povrne občutek spoštovanja. Kljub težavam, ki vstopajo v proces zdravstvene obravnave, je potrebno, da pacienta spoštujemo, mu dajemo občutek samokontrole, enakosti in mu pomagamo vzbuditi občutek, da mu osebje zaupa (Price & Baker, 2012).

Ker je zdravstvena obravnava pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja izredno občutljivo področje, polno predsodkov, zasledimo stigmatiziran odnos do te skupine ljudi. Obstajajo razlike v odnosu glede na starost, stopnjo izobrazbe in izkušnje dela na področju forenzične psihiatrije. Dokazano je, da so medicinske sestre z več let delovnih izkušenj bolj kritične do pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja kot medicinske sestre z manj leti delovnih izkušenj, kar se odrazi tudi v odnosu. Zanimiv podatek je tudi, da stigma prevladuje med moško populacijo. Kljub negativnemu odnosu, ki označuje paciente z obveznim ukrepom zdravljenja pa si veliko držav prizadeva k izboljšanju odnosa ter odpravi stigmatizacije javnega odnosa z raznoraznimi programi (Lammie, et al., 2010).

2.8 PRISOTNOST STIGME IN STEREOTIPOV PRI OBRAVNAVI POSAMEZNIKOV Z DUŠEVNO MOTNJO V FORENZIČNI PSIHIATRIJI

Pacient z duševno motnjo, zaradi spremenjenega vedenja in doživljanja, velikokrat v sočloveku sproži predsodek in nekakšen odpor namesto priljubljenosti in sočutja ter prijateljske pomoči. V primeru, da gre za pacienta, ki je zaradi svoje duševne motnje ogrožal svoje in tuje življenje ali povzročil hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim, so predsodki še toliko večji. Pacienti z duševno motnjo so do svojega zdravja pogosto nekritični, odklanjajo zdravstveno obravnavo in pogosto nimajo uvida v lastno zdravstveno stanje (Ličina, 2009).

Odnos splošne populacije do pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja je negativen. Ljudje se tovrstne populacije bojijo, za tak pojav pa so krivi stereotipi, ki so med ljudmi zakoreninjeni, saj ljudje predvidevajo, da so pacienti z obveznim ukrepom zdravljenja nevarni in agresivni. Govorimo o stigmati, ki vključuje negativna prepričanja, označevanje posameznika kot nespremenljivega, manjvrednega ali nevarnega, kar vpliva na njegovo identiteto in lahko postane razlog za socialno odrinjenost in diskriminacijo (Björkman, et al., 2008; West, 2015). Stigma pacienta z duševno motnjo opisuje sociološka teorija, izhaja iz grške besede in pomeni ožigosanost posameznika, ki se osebno kot vedenjsko razlikuje od drugih (Björkman, et al., 2008). Pacient z obveznim ukrepom zdravljenja spada v skupino več stigmatizirane identitete, ker vključuje stigmato do duševne motnje, po drugi strani pa vključuje tudi stigmato do kriminala, ki ga je oseba storila. Ne le da je stigma prisotna v splošni populaciji, stigma je prisotna tudi med zdravstvenimi delavci (West, 2015). Zdravstveni delavci lahko v interakciji s pacienti občutijo strah, postanejo žrtve nasilja in do pacienta razvijejo odklonilen odnos (Rao, et al., 2009).

Stigma, ki jo čutijo pacienti, negativno vpliva na potek zdravstvene obravnave in oteži doseganje željenega cilja. Med lastnim prepričanjem pacienta se lahko razvije tudi lastna stigma ali z drugo besedo opisana self-stigma, ki za pacienta napoveduje bistveno slabšo funkcionalnost in rezultate zdravstvene obravnave (West, 2015). Tudi mediji s

svojim prikazovanjem pacientov z duševno motnjo in storilcev kaznivih dejanj veliko prispevajo k razširjenosti določenih mnenj (Štumpfl, 2015). Z namenom, da bi posamezniki spremenili odnos in pomagali pacientom z obveznim ukrepom zdravljenja, ki trpijo zaradi duševne motnje, se po vsem svetu odvijajo programi, ki med udeleženci spreminjajo njihova stigmatizirajoča vedenja. Organizacije vsako leto izpostavijo številne pobude o destigmatizaciji in izvedejo programe, ki med prebivalstvom uspešno razvijajo spodbudna mnenja ter tako krepijo omenjeno področje (Björkman, et al., 2008). Tudi novo pridobljen oddelek za forenzično psihiatrijo v Mariboru predstavlja napredek k destigmatizaciji pacientov na področju Slovenije (Božikov Tekavčič, 2014).

3 EMPIRIČNI DEL

V svetu in Sloveniji opazamo porast pacientov z duševno motnjo in pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja v forenzični psihiatriji. Po pregledu domače in tuje literature opazimo, da je po našem mnenju omenjeno področje v Sloveniji novost in manj poznano. Odločili smo se, da raziščemo v kolikšni meri zaposleni v zdravstveni negi poznajo področje in organizacijo forenzične psihiatrije ter kakšen je njihov odnos to te skupine ljudi.

3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je raziskati poznavanje in odnos zaposlenih v zdravstveni negi do pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja. Cilj diplomskega dela je:

- ugotoviti poznavanje področja forenzične psihiatrije;
- prepoznati odnos do pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja;
- ugotoviti razlike v odnosu do pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja med zaposlenimi v zdravstveni negi na področju psihiatriji in izven;
- ugotoviti mnenje zaposlenih v zdravstveni negi do organizacije skrbi na področju forenzične psihiatrije;
- ugotoviti prisotnost stigmatizacije do pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na osnovi pregledane tuje in domače literature in glede na zastavljene cilje smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšno poznavanje imajo anketirani do forenzične psihiatrije?
- Kakšen odnos imajo anketiranci do pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja?
- Kakšna je razlika v odnosu do pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja glede na področje dela, ki ga opravljajo anketirani (zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije in izven psihiatrične stroke)?

- Kakšno je mnenje zaposlenih v zdravstveni negi do organizacije skrbi na področju forenzične psihiatrije?
- V kolikšni meri je prisotna stigma do pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja med vključenimi anketiranci?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava je temeljila na deskriptivni metodi empiričnega neeksperimentalnega kvantitativnega raziskovanja.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V diplomskem delu smo uporabili kvantitativni raziskovalni pristop z deskriptivno metodo dela. V teoretičnem delu smo uporabili strokovno in znanstveno literaturo domačih in tujih avtorjev. Literaturo tujih avtorjev smo iskali v podatkovnih bazah: *ProQuest*, *MEDLINE*, *CINAHL*, *SpringerLink*, *PubMed*, idr. Omejitvena kriterija sta bila: izdaja virov med 2008 in 2018 in celotno besedilo v angleškem jeziku. Ključne besede in besedne zveze, ki so se pojavljale med iskanjem so bile: »forensic psychiatry«, »forensic patient«, »the relationship of nurses to a forensic patient«, »attitude to a forensic patient«, »stigmatization of a forensic patient«, »organization of work for forensic psychiatry«. Literaturo slovenskih avtorjev pa smo iskali v podatkovnih bazah *Obzornika zdravstvene nege*, *COBISS-A* in *Google učenjaka*. Pri tem smo uporabili naslednje ključne besede: »forenzična psihiatrija«, »forenzični pacient«, »odnos do forenzičnega pacienta«, »kazensko pravo«, »stigmatizacija duševne bolezni in forenzičnega pacienta«.

V empiričnem delu smo podatke zbrali s pomočjo strukturiranega vprašalnika.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Vprašalnik smo razvili na podlagi pregledane literature (Stupperich, et al., 2009; Nerat & Pivec, 2010; Price & Baker, 2012; Zupanec, 2013; Finžgar, 2014; West, 2015).

Vprašalnik je bil sestavljen iz štirih delov. Vseboval je sedemnajst vprašanj, ki so bila zaprtega in odprtega tipa. Prvi sklop vprašalnika je zajemalo eno vprašanje z dvanajstimi trditvami, ki so se nanašale na poznavanje forenzične psihiatrije. Trditve so bile opisane v petstopenjski Likertovi lestvici, s katerim smo želeli ugotoviti stopnjo strinjanja oz. nestrinjanja, kjer je pomenilo (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam). V drugem sklopu vprašalnika je bilo zastavljeno eno vprašanje s sedemnajstimi trditvami, ki so predstavljale poznavanje forenzičnega pacienta in odnosa do tovrstne skupine ljudi. Trditve so bile opisane v petstopenjski Likertovi lestvici, s katerimi smo želeli ugotoviti stopnjo strinjanja oz. nestrinjanja, kjer je pomenilo (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam). Tretji sklop je zajemal deset vprašanj, ki so opisovala njihov odnosa do forenzičnega pacienta. V tem delu vprašalnika smo uporabili zaprt tip vprašanj (en možen odgovor) in odprti tip vprašanja, kjer so se anketiranci lahko opredelili pod alinejo drugo. V tretjem sklopu smo vključili tudi dve lestvici od 1 do 10, s katerima smo želeli ugotoviti stopnjo odklonilnosti, pri kateri je pomenilo 1 – popolnoma odklonilen odnos do forenzičnega pacienta in 10 – ni prisotnega odklonilnega odnosa. Z drugo lestvico od 1 do 10 pa smo želeli ugotoviti željo anketirancev po negovanju forenzičnega pacienta, kjer je pomenilo 1 – ne želim negovati forenzičnega pacienta in 10 – zelo si želim negovati forenzičnega pacienta. Tretji sklop je vključeval tudi eno petstopenjsko Likertovo lestvico, s katero smo želeli ugotoviti stopnjo strinjanja oz. nestrinjanja na področju forenzične psihiatrije, kjer je pomenilo (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam), eno petstopenjsko Likertovo lestvico, s katero smo želeli ugotoviti stopnjo poznavanja obravnave na področju forenzične psihiatrije, kjer je pomenilo (1 – sploh je ne poznam, 2 – ne poznam, 3 – niti jo poznam niti je ne poznam, 4 – poznam, 5 – popolnoma poznam), eno petstopenjsko Likertovo lestvico, s katero smo želeli ugotoviti stopnjo prisotnega strahu med anketiranci do dela s forenzičnimi pacienti, kjer je pomenilo (1 – sploh me ni strah, 2 – ni me strah, 3 – niti me je strah niti me ni strah, 4 – strah me je, 5 – zelo me je strah) ter eno petstopenjsko Likertovo lestvico, s katero smo želeli ugotoviti stopnjo zadovoljstva do organizacije skrbi na področju forenzične psihiatrije, kjer je pomenilo (1 – sploh nisem

zadovoljen/zadovoljna, 2 – nisem zadovoljen/zadovoljna, 3 – niti sem zadovoljen/zadovoljna niti nisem zadovoljen/zadovoljna, 4 – sem zadovoljen/zadovoljna, 5 – zelo sem zadovoljen/zadovoljna). Zadnji, četrti sklop je vključeval pet vprašanj in je zajemal socio-demografske podatke in podatke o zaposlitvi oz. statusu ter delovnih izkušnjah. Vprašanja so bila zaprtega tipa (en možen odgovor) in odprtega tipa (število let delovnih izkušenj ter starost anketirancev).

Zanesljivost vprašalnika je bila izračunana s Cronbach koeficient alfa in je boljša, ko je koeficient Cronbach alfa bližje številu ena (Cenčič, 2009). Zanesljivost celotnega vprašalnika, brez socio-demografskih podatkov je bila 0,669 Cronbach koeficient alfa. Vrednosti koeficienta za posamezni lestvici sta:

- Pri slopu A nas je zanimalo poznavanje forenzične psihiatrije. Anketiranci so obkroževali možnosti pri podanih dvanajstih trditvah. Zanesljivost lahko potrdimo s Cronbach koeficient alfa 0,653.
- Pri sklopu B nas je zanimalo poznavanje forenzičnega pacienta in odnosa do te skupine ljudi. Anketiranci so obkroževali možnosti pri podanih sedemnajstih trditvah. Zanesljivost lahko potrdimo s Cronbach koeficient alfa 0,768.

3.3.3 Opis vzorca

K sodelovanju smo povabili zaposlene v zdravstveni negi na področju psihiatrije in izven psihiatrične stroke. Vprašalnik so izpolnjevali zaposleni v zdravstveni negi. Vzorec je bil nenaključen in priročen. Razdelili smo 320 vprašalnikov med zaposlene v zdravstveni negi na področju psihiatrije in izven, vrnjenih smo dobili 238 vprašalnikov, kar predstavlja 74,4 % realizacijo vzorca.

Tabela 1 prikazuje socio-demografske podatke anketiranih. Kot je razvidno iz tabele 1, je bilo anketiranih večino žensk ($n = 167$), kar predstavlja 70,2 %. Moški ($n = 71$) so v vzorcu predstavljali 29,8 %. Anketirani ($n = 238$) so bili povprečno stari 40,24 let ($SO = 10,52$). Visok standardni odklon kaže na velik razpon med leti anketiranih. Moški so

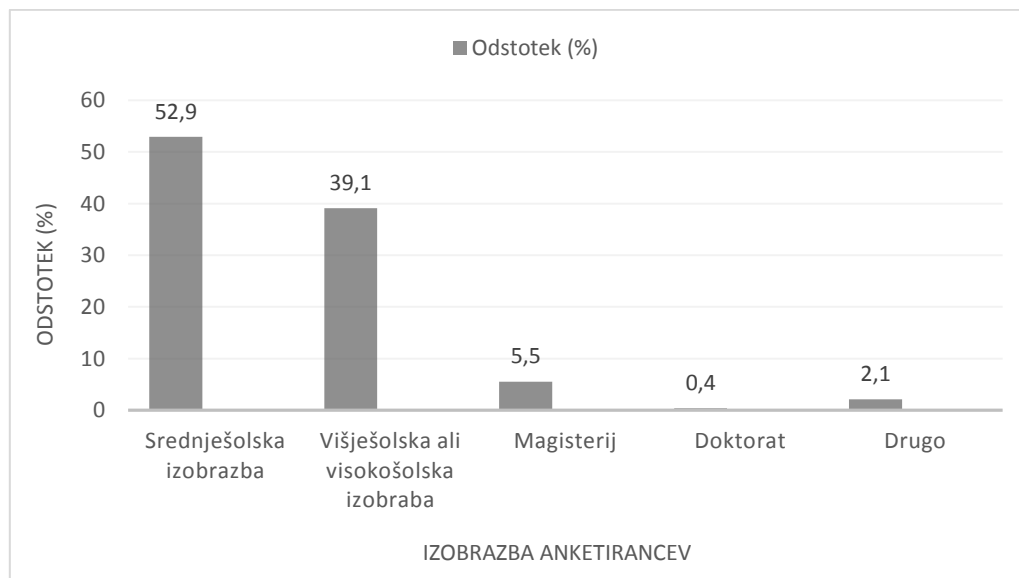
bili povprečno mlajši 35,62 let (SO = 9,77). Od celotnega vzorca je bilo 164 anketirancev (69,9 %) zaposlenih na področju psihiatrije.

Tabela 1: Demografski podatki anketiranih

VZOREC		n	MIN	MAX	PV	SO	%
Spol		238	/	/	/	/	100
	Ženske	167	/	/	/	/	70,2
	Moški	71	/	/	/	/	29,8
Starost		238	21	62	40,234	10,520	/
	Ženske	167	21	62	42,195	10,236	/
	Moški	71	21	62	35,618	9,771	/
Delovne izkušnje na psihiatriji		164	/	/	/	/	69,9

Legenda: n = število anketiranih; MIN = minimum; MAX = maksimum; PV = povprečje; SO = standardni odklon; % = delež.

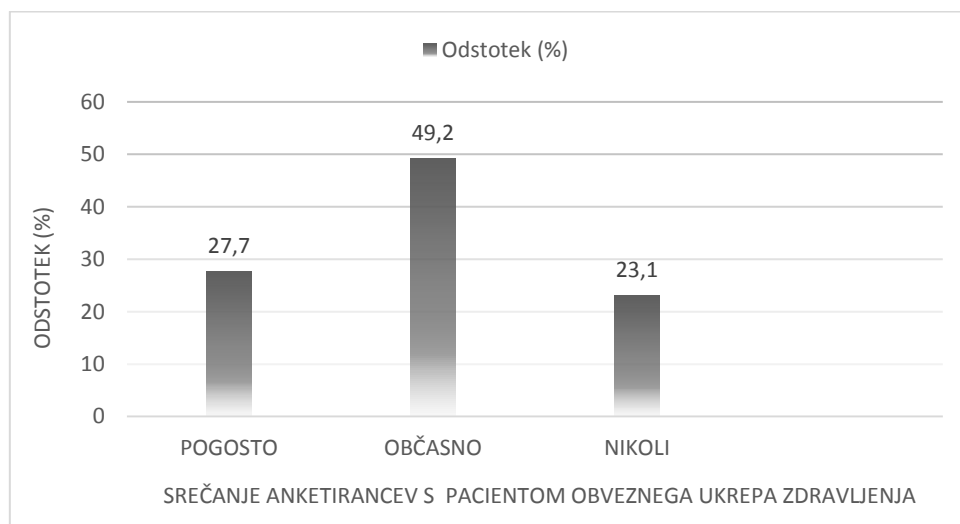
Slika 1 prikazuje izobrazbo anketiranih. Največ anketirancev je imelo srednješolsko izobrazbo (n = 126; 52,9 %), sledijo tisti z višješolsko ali visokošolsko izobrazbo (n = 93; 39,1 %), magisterijem (n = 13; 5,5 %) in doktoratom (n = 1; 0,4 %).



Slika 1: Izobrazba anketirancev

Slika 2 prikazuje stik med zaposlenimi v zdravstveni negi in pacientom obveznega ukrepa zdravljenja. V povprečju je (n = 68; 27,7 %) anketiranih že imelo pogosto stik s

pacientom obveznega ukrepa zdravljenja, medtem ko (n = 55; 23,1 %) anketiranih še ni imelo stika s tovrstnimi pacienti.



Slika 2: Stik anketirancev s pacientom obveznega ukrepa zdravljenja

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Raziskava je bila izvedena skladno s pravili Fakultete za zdravstvo Angele Boškin in načeli Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Potekala je od julija do septembra 2018 po odobritvi dispozicije in pridobljenem soglasju v Psihiatrični bolnišnici Begunje, Psihiatrični bolnišnici Idrija, Psihiatrični bolnišnici Ormož, Psihiatrični bolnišnici Vojnik, Psihiatrični kliniki Ljubljana, Zavodu za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja Dornava, Oddelku za psihiatrijo Maribor in Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo Golnik ter Zdravstvenemu domu Kranj. Del vzorca smo pridobili na strokovnem srečanju z naslovom Prepoznavanje in obravnava pacienta s samomorilnim vedenjem na vseh nivojih zdravstvenega varstva v različnih življenjskih obdobjih, ki ga je organizirala Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev, medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji. Vprašalnike smo razdelili med zaposlene v zdravstveni negi na področju psihiatrije in izven psihiatrične stroke. Poleg vprašalnikov so bila priložena

vsa potrebna navodila za reševanje in tako anketirane seznanila z vsebino ter namenom raziskovanja. Anketiranim je bila zagotovljena popolna anonimnost. Soglasja Komisije Republike Slovenije za medicinsko etiko ni bilo potrebno pridobiti, saj so v raziskavi sodelovali le zaposleni v zdravstveni negi in tema raziskave ni bila občutljiva. Vse dobljene podatke vprašalnika, ki smo ga razdelili v mesecu juniju 2018, smo v oktobru 2018 uredili s statističnim programom SPSS 22.0. Rezultate smo prikazali s pomočjo opisne statistike (frekvence, deleži, standardni odkloni in povprečja), z grafi in tabelami. Od bivariatnih statističnih metod smo uporabili t-test in analizo varianc (p-vrednost statistične značilnosti $p < 0,05$). S Pearsonovim korelacijskim koeficientom smo preverjali povezanost med dvema spremenljivkama ($p < 0,05$).

3.4 REZULTATI

V raziskovalnem delu smo najprej predstavili rezultate, s katerimi lahko odgovorimo na raziskovalna vprašanja. Na koncu smo predstavili še ostale rezultate iz podatkov vprašalnika, ki so za naše razumevanje problematike pomembni.

Poznavanje forenzične psihiatrije med anketiranimi

Anketirani so odgovarjali na vprašanja z odgovori 5-stopenjski Likertovi lestvici (kjer pomeni 1 – sploh ne poznam in do 5 – popolnoma poznam) s povprečno oceno 3,04 (SO = 1,17), kar pomeni delno poznavanje področja. Največji delež anketirancev je informacije o forenzični psihiatriji pridobilo na delovnem mestu ($n = 154$; 64,7 %), sledilo je pridobitev informacij na fakulteti ($n = 20$; 8,4 %) in iz medijev ($n = 31$; 13,0 %), kar ($n = 23$; 9,7 %) anketirancev o forenzični psihiatriji ne ve ničesar.

Tabela 2 prikazuje trditve, ki se nanašajo na poznavanje forenzične psihiatrije. Najbolj so se strinjali s trditvijo »Forenzične paciente je potrebno zdraviti zaradi duševne motnje.« (PV = 4,28; SO = 0,83), sledila je »Slovenija ima organizirano enoto za obravnavo forenzičnih pacientov (Enota za Forenzično psihiatrijo).« (PV = 4,26; SO = 0,88), najmanj so se strinjali s trditvijo »Slovenija ima forenzično bolnišnico.« (PV = 2,84; SO = 1,63). Moški so v primerjavi z ženskami statistično bolj značilno trdili, da

»Forenzični pacienti so za svoje dejanje kazensko odgovorni.« ($U = 4819,0$; $p = 0,02$) in da je v Sloveniji organizirana forenzična bolnišnica ($U = 4798,50$; $p = 0,02$). Višje izobraženi so se statistično pomembneje strinjali s trditvami, da »Forenzična psihiatrija je opredeljena kot sub-specialistično področje psihiatrije, ki deluje na stičišču dveh strok: psihiatrije in pravosodja.« ($U = 5858,00$; $p = 0,01$), »Forenzični pacient je storilec kaznivega dejanja, ki ga je storil zaradi duševne motnje.« ($U = 6070,00$; $p = 0,05$) in »Forenzične paciente je potrebno zdraviti zaradi duševne motnje.« ($U = 5876,00$; $p = 0,01$). Posamezne trditve smo korelirali najprej s starostjo in ugotovili, da starejši kot so bili anketirani, bolj so verjeli, da so forenzični pacienti storilci kaznivega dejanja ($r_s = 0,15$; $p = 0,02$), s starostjo je raslo tudi zavedanje, da gre pri forenzični psihiatriji že za uveljavljeno stroko pri nas ($r_s = 0,14$; $p = 0,03$). Glede na večje delovne izkušnje oziroma daljšo delovno dobo je raslo zavedanje zaposlenih v zdravstveni negi, da je forenzični pacient naredil kaznivo vedenje pod vplivom duševne motnje ($r_s = 0,13$; $p = 0,01$), manj ko so imeli delovnih izkušenj, bolj so verjeli, da gre pri forenzični psihiatriji za novost pri nas ($r_s = 0,11$; $p = 0,02$), in da se povečuje število forenzičnih pacientov ($r_s = 0,10$; $p = 0,04$).

Tabela 2: Poznavanje forenzične psihiatrije

TRDITVE	n	PV	SO	Spol U/p	Izobrazba U/p	Področje U/p
Forenzična psihiatrija je skupno ime za znanje iz različnih strok, ki prispevajo k razkrivanju kaznivih dejanj in umorov.	238	3,357	1,381	5841,500 / 0,852	6643,500 / 0,419	4609,500 / 0,002
Forenzična psihiatrija vsebuje tehnike za ugotavljanje osumljenčeve prisotnosti na mestu zločina.	238	2,865	1,330	5895,500 / 0,944	7018,000 / 0,941	3764,000 / < 0,001
Forenzična psihiatrija je opredeljena kot sub-specialistično področje psihiatrije, ki deluje na stičišču dveh strok: psihiatrije in pravosodja.	238	4,155	0,840	5728,500 / 0,657	5858,000 / 0,015	5402,500 / 0,144
Forenzični pacient je storilec kaznivega dejanja, ki ga je storil zaradi duševne motnje.	238	4,008	1,059	5674,500 / 0,580	6070,000 / 0,049	4784,000 / 0,006
Forenzični pacienti so za svoje dejanje kazensko odgovorni.	238	3,642	1,191	4819,000 / 0,018	6528,000 / 0,302	5132,500 / 0,049
Forenzične paciente je potrebno zdraviti zaradi duševne motnje.	238	4,285	0,833	5715,500 / 0,632	5876,000 / 0,015	5510,000 / 0,215

TRDITVE	n	PV	SO	Spol U/p	Izobrazba U/p	Področje U/p
Pri forenzičnih pacientih gre za zavarovanje družbe pred duševnim pacientom.	238	3,521	1,153	5624,500 / 0,517	6581 / 0,354	5784,500 / 0,551
Pri forenzičnih pacientih gre za zavarovanje pacienta pred družbo.	238	3,214	1,222	5767,000 / 0,732	6681,500 / 0,467	5875,500 / 0,411
Forenzična psihiatrija je v Sloveniji pomembna novost.	238	3,634	1,145	5342,500 / 0,211	6183,000 / 0,088	5503,000 / 0,233
Slovenija ima forenzično bolnišnico.	238	2,840	1,632	4798,500 / 0,016	6439,500 / 0,228	5184,500 / 0,062
Slovenija ima organizirano enoto za obravnavo forenzičnih pacientov (enota za forenzično psihiatrijo).	238	4,264	0,881	5804,000 / 0,780	6230,500 / 0,089	3420,000 / < 0,001
V svetu in Evropi se povečuje število forenzičnih pacientov.	238	3,995	0,873	5907,500 / 0,964	6978,000 / 0,876	5702,000 / 0,431

Legenda: n = število anketiranih; PV = povprečje; SO = standardni odklon; U = Mann – Whitney test, p = statistična značilnost pri $p < 0,05$.

Odnos anketirancev do pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja

Najprej smo ocenili, da bo določen odstotek anketirancev izrazil občutek strahu v povezavi z delom s forenzičnimi pacienti, naše ugotovitve pa so bile drugačne. Vseh 238 anketirancev je na vprašanje, ali vas je strah dela s forenzičnim pacientom s 5-stopenjsko Likertovo lestvico (kjer pomeni 1 – sploh me ni strah in do 5 – zelo me je strah), odgovorilo s povprečno oceno 2,61 (SO = 1,00), med njimi tisti, ki so bili v stiku s pacientom pogosto (n = 66, PV = 2,67; SO = 0,96), in tisti, ki niso bili nikoli v stiku s pacientom (n = 55, PV = 3,09; SO = 1,04). Med skupinama je prišlo do pomembne statistične razlike (U = 915,50; $p < 0,001$).

Tabela 3 prikazuje posamezne trditve o poznavanju in odnosu anketirancev do forenzičnih pacientov. Anketiranci so se najbolj strinjali s trditvijo »Zagotavljanje varnosti osebja je ključna pri zdravstveni obravnavi forenzičnega pacienta.« (PV = 4,41; SO = 0,85), sledili sta tudi trditvi »Medicinska sestra je kljub teži kaznivega dejanja v odnosu do forenzičnega pacienta spoštljiva.« (PV = 4,40; SO = 0,75) in »Pri obravnavi forenzičnega pacienta je potrebno strukturirati dnevni urnik.« (PV = 4,23; SO = 0,77). Najmanj so se strinjali s trditvijo »Provokacija je primerna intervencija v

terapevtskem odnosu.« (PV = 1,94; SO = 1,06) (ostale vrednosti so prikazane v tabeli 3).

Glede na spol so ženske statistično bolj značilno trdile, da so medicinske sestre do forenzičnih pacientov odklonljive (U = 5038,50; p = 0,06). Glede na izobrazbo so bolj izobraženi dojemali paciente kot stigmatizirane (U = 5469,00; p = 0,001), medicinske sestre so do pacientov odklonljive (U = 5057,50; p < 0,001), odnos do pacienta je zaupen (U = 5426,00; p = 0,001), varnost osebja je ključna (U = 5957,50; p = 0,02), potrebna je struktura časa (U = 5784,50; p = 0,01) in spoštljivost do pacienta je kljub teži kaznivega dejanja pomembna (U = 5942,50; p = 0,02).

Tabela 3: Poznavanje in odnos do pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja

TRDITVE	n	PV	SO	Spol U/p	Izobrazba U/p	Področje U/p
Za forenzičnega pacienta je značilna visoka samozavest.	238	2,747	1,037	5795,000 / 0,771	6270,000 / 0,117	5441,500 / 0,177
Za forenzičnega pacienta sta značilni agresija in nasilje.	238	3,537	1,069	5784,000 / 0,757	6619,500 / 0,391	5676,500 / 0,408
Za forenzičnega pacienta je značilna nizka izobrazba.	238	2,428	0,946	5788,000 / 0,759	6825,500 / 0,645	6055,000 / 0,978
Forenzični pacienti so predvsem moški.	238	2,983	1,124	5449,500 / 0,308	6532,000 / 0,307	4429,000 / 0,001
Forenzični pacient pogosteje uživa alkohol in/ali droge.	238	3,428	0,985	5460,000 / 0,311	6671,000 / 0,445	5076,500 / 0,034
Za forenzičnega pacienta je značilno, da imajo samski status.	238	2,743	0,939	5574,000 / 0,436	6964,000 / 0,829	5498,500 / 0,216
Za forenzičnega pacienta je značilen nizko socio-ekonomski status.	238	2,878	0,917	5629,500 / 0,507	6308,500 / 0,128	5610,500 / 0,316
Forenzična psihiatrija najpogosteje obravnava napad in poskus umora.	238	3,512	0,935	5715,500 / 0,639	6494,500 / 0,257	5871,500 / 0,669
Forenzičen pacient je nevaren.	238	3,903	0,887	5874,500 / 0,906	7023,500 / 0,948	5905,000 / 0,725
Forenzični pacienti so večinoma stigmatizirani.	238	3,701	0,890	5901,500 / 0,963	5469,000 / 0,001	5816,000 / 0,586

TRDITVE	n	PV	SO	Spol U/p	Izobrazba U/p	Področje U/p
Medicinske sestre so do forenzičnega pacienta odklonljive.	238	2,600	1,145	5038,500 / 0,059	5057,500 / < 0,001	4745,500 / 0,005
Provokacija je primerna intervencija v terapevtskem odnosu.	238	1,941	1,065	5510,500 / 0,358	6858,000 / 0,690	4426,000 / < 0,001
Odnos do forenzičnega pacienta vključuje zaupen terapevtski odnos.	238	4,109	0,849	5634,500 / 0,515	5426,000 / 0,001	5779,000 / 0,527
Zagotavljanje varnosti osebja je ključna pri zdravstveni obravnavi forenzičnega pacienta.	238	4,411	0,851	5620,000 / 0,471	5957,500 / 0,019	5959,500 / 0,802
Ostre meje so vodilo terapevtskega odnosa.	238	3,684	1,097	5329,000 / 0,200	7039,000 / 0,937	6067,000 / 0,998
Pri obravnavi forenzičnega pacienta je potrebno strukturirati dnevni urnik.	238	4,235	0,770	5865,000 / 0,887	5784,500 / 0,009	4454,500 / < 0,001
Medicinska sestra je kljub teži kaznivega dejanja v odnosu do forenzičnega pacienta spoštljiva.	238	4,403	0,755	5776,000 / 0,725	5942,500 / 0,019	5501,500 / 0,197

Legenda: n = število anketiranih; PV = povprečje; SO = standardni odklon; U = Mann – Whitney test, p = statistična značilnost pri $p < 0,05$.

V tabeli 4 so anketiranci skozi tri trditve označili odnos do pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja. Na vsa vprašanja so odgovarjali s 5-stopenjsko Likertovo lestvico (kjer pomeni 1 – sploh se ne strinjam in vse do 5 – popolnoma se strinjam). Najbolj so se strinjali s trditvijo, da se posameznike z duševno motnjo, ki storijo kaznivo dejanje, odvede na psihiatrično zdravljenje (tudi prisilno) (PV = 3,97; SO = 0,96). Do statistično pomembnih razlik glede na izobrazbo je prišlo pri trditvi, kjer so se strinjali, da mediji s poročanjem o duševno motenih storilcih kaznivih dejanj širijo le preplah (U = 5975,50; p = 0,03). Pri ostalih trditvah ni prišlo do razlik glede na spol, izobrazbo, področje dela ali stika s forenzičnim pacientom.

Tabela 4: Odnos do pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja

TRDITVE	n	PV	SO	Spol U/p	Izobrazb a U/p	Področje U/p	Stik/Ne- stik U/p
Ali duševni pacienti storijo v povprečju več kaznivih dejanj kot duševno zdravi?	238	2,916	1,064	5539,50 0 / 0,403	6428,500 / 0,217	6048,000 / 0,966	1749,500 / 0,722
Ali se strinjate, da se ljudi z duševno motnjo, ki storijo kaznivo dejanje, odvede na psihiatrično zdravljenje (tudi s prisilo oziroma proti njihovi volji)?	238	3,966	0,962	5494,50 0 / 0,346	6892,000 / 0,744	5812,000 / 0,583	1655,000 / 0,378
Ali se strinjate, da mediji s svojim poročanjem o duševno motenih storilcih kaznivih dejanj povzročajo preplah v družbi ter stigmatizacijo?	238	3,600	1,021	5622,00 0 / 0,580	5975,500 / 0,033	5235,500 / 0,076	1517,000 / 0,105

Legenda: n = število anketiranih; PV = povprečje; SO = standardni odklon; U = Mann – Whitney test, p = statistična značilnost pri $p < 0,05$.

Razlike v odnosu do pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja glede na področje dela, ki ga opravljajo anketirani (zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije in izven psihiatrične stroke)

Zaposleni na področju psihiatrije so se statistično bolj opazno strinjali s trditvami »Forenzični pacient je storilec kaznivega dejanja, ki ga je storil zaradi duševne motnje.« (U = 4784,000; p = 0,006) in »Slovenija ima organizirano enoto za obravnavo forenzičnih pacientov (enota za forenzično psihiatrijo).« (U = 3420,00; p < 0,001). Tisti, ki niso bili zaposleni na področju psihiatrije, pa so se statistično gledano bolj strinjali s trditvami »Forenzična psihiatrija je skupno ime za znanje iz različnih strok, ki prispevajo k razkrivanju kaznivih dejanj in umorov.« (U = 4609,500; p = 0,002), »Forenzična psihiatrija vsebuje tehnike za ugotavljanje osumljenčeve prisotnosti na mestu zločina.« (U = 3764,000; p < 0,001) in »Forenzični pacienti so za svoje dejanje kazensko odgovorni.« (U = 5132,000; p = 0,049) (tabela 2).

Tisti, ki so delali na področju psihiatrije, so menili, da so forenzični pacienti večinoma moški (U = 4429,00; p = 0,001) in da je potrebna struktura pri organizaciji dnevnega

urnika ($U = 4454,50$; $p < 0,02$). Medtem ko so anketirani, ki so bili zaposleni izven psihiatrične stroke, statistično bolj značilno menili, da naj medicinske sestre ne bi bile odklonljive do te skupine pacientov ($U = 4745,50$; $p = 0,005$) in so menili, da provokacija ni primerna v odnosu do forenzičnega pacienta ($U = 4426,00$; $p < 0,001$) (tabela 3).

Mnenje zaposlenih v zdravstveni negi do organizacije skrbi na področju forenzične psihiatrije

Tabela 5 prikazuje stopnjo zadovoljstva anketiranih na področju organizacije forenzične psihiatrije v Sloveniji. Na vprašanje so odgovarjali s 5-stopenjsko Likertovo lestvico (kjer pomeni 1 – sploh nisem zadovoljen/zadovoljna in vse do 5 – zelo sem zadovoljen/zadovoljna). Večina anketirancev ($n = 89$; 37,4 %) se je strinjala s trditvijo »niti sem zadovoljen/zadovoljna niti nisem zadovoljen/zadovoljna«. Kar ($n = 47$; 19,7 %) anketiranih je odgovorilo, da niso seznanjeni s potekom in poznavanjem organizacije na tem področju.

Tabela 5: Mnenje anketiranih do organizacije forenzične psihiatrije v Sloveniji

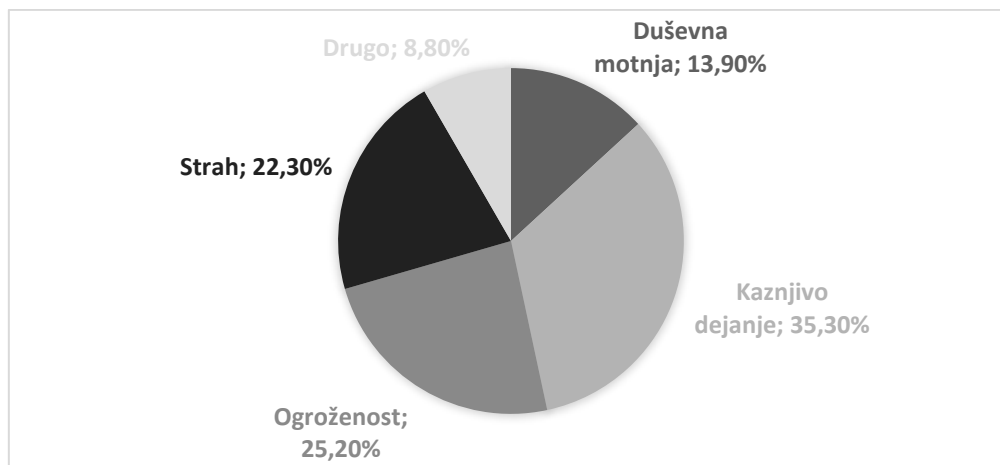
TRDITVE	n	%
sploh nisem zadovoljen/zadovoljna	10	4,2
nisem zadovoljen/zadovoljna	28	11,8
niti sem zadovoljen/zadovoljna niti nisem zadovoljen/zadovoljna	89	37,4
sem zadovoljen/zadovoljna	56	23,5
zelo sem zadovoljen/zadovoljna	8	3,4
nisem seznanjen/seznanjena	47	19,7
Skupaj anketiranih	238	100

Legenda: n = število anketiranih; % = odstotni delež.

Prisotnost stigme do pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja med vključenimi anketiranci

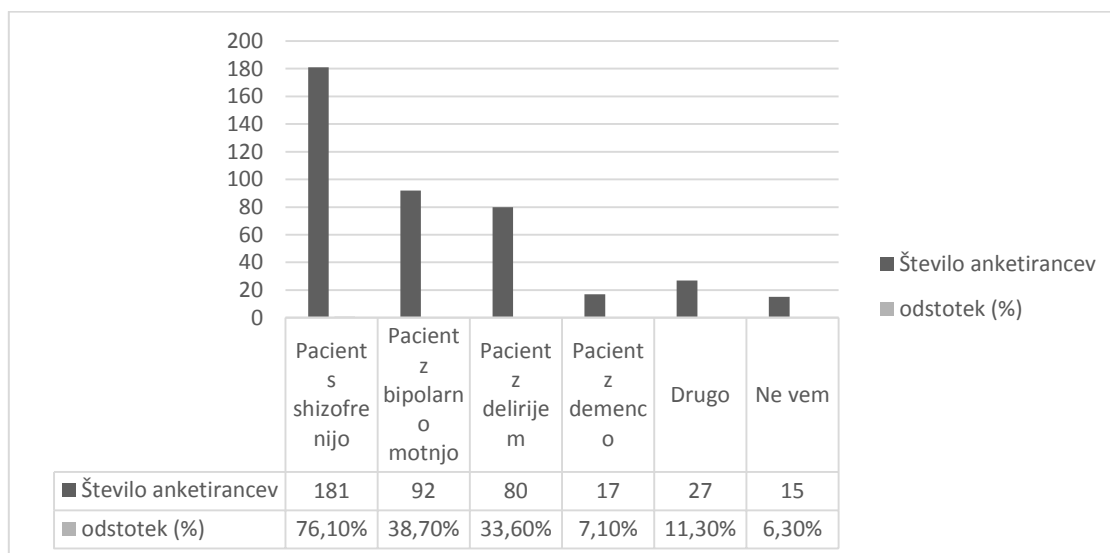
Na vprašanje »Ali si želite negovati forenzičnega pacienta?« so anketiranci odgovorili z 10-stopenjsko lestvico (kjer pomeni 1 – ne želim negovati in 10 – zelo si želim negovati forenzičnega pacienta). Vseh 238 anketirancev je doseglo oceno (PV = 4,98; SO = 2,54). Med njimi tisti, ki so bili v stiku s pacientom pogosto (n = 66; PV = 6,41; SO = 2,40), in tisti, ki niso bili nikoli v stiku s pacientom (n = 55; PV = 3,87; SO = 2,49). Med skupinama je prišlo do pomembne statistične razlike (U = 838,50; p < 0,001).

Na vprašanje »Ali do te skupine ljudi čutite odklonljivost?«, so anketiranci odgovarjali z 10-stopenjsko Likertovo lestvico (kjer pomeni 1 – popolnoma odklonilen odnos in 10 – ni prisotne odklonljivosti). Vseh 238 anketirancev je doseglo oceno (PV = 6,68; SO = 2,40). Tisti, ki so bili v stiku s pacientom pogosto (n = 66, PV = 7,53; SO = 2,17), in tisti, ki nikoli niso bili v stiku s pacienti (n = 55, PV = 5,73; SO = 2,58). Med skupinama je prišlo do pomembne statistične razlike (U = 1096,00; p < 0,001). Slika 3 predstavlja vzrok odklonljivosti do pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja med anketiranci. Anketiranci, ki so obkrožili manj kot 6 na 10-stopenjski lestvici (n = 145; 60,8 %), so imeli možnost, da se opredelijo, zaradi česa čutijo odklonljivost do pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja. Največji delež odgovorov, ki je predstavljal odklonljivost med anketiranci, se je navezoval na kaznivo dejanje (n = 84; 35,3 %), na drugem mestu so anketiranci omenjali občutek ogroženosti (n = 60; 25,2 %) in na tretjem mestu občutek strahu (n = 53; 22,3 %).



Slika 3: vzrok odklonljivosti do pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja

Slika 4 prikazuje povezavo med duševnimi motnjami in storilcem kaznivega dejanja oziroma paciente z obveznim ukrepom zdravljenja. Glede na zastavljeno vprašanje: »Katere duševne motnje imate v mislih in pri katerih bi najprej posumili, da je storilec nevaren oziroma, da vas ogroža?« se je večina anketirancev ($n = 181$, 76,1 %) opredelila za paciente s shizofrenijo. Najmanj anketirancev ($n = 17$, 7,1 %) se je odločila za paciente z demenco.



Slika 4: povezanost med pacientom z duševno motnjo in storilcem kaznivega dejanja

3.5 RAZPRAVA

V raziskavi je bila večina sodelujočih žensk, kar je za področje zdravstvene nege običajen pojav. Poklic medicinske sestre je glede na specifičnost dela, ki ga opravlja in zgodovinski razvoj zdravstvene nege, predvsem ženski poklic (Ličen & Plazar, 2013). Povprečna starost anketirancev je znašala 40,23 let, kar se sklada s povprečno starostjo zaposlenih v zdravstveni negi na splošno (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014). Več kot polovica anketirancev v raziskavi je imela srednješolsko izobrazbo, kar za zdravstveno nego ni presenetljivo. Zdravstvena nega vsebuje največ tehnic in tehnikov zdravstvene nege z zaključeno srednješolsko izobrazbo (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014).

V raziskavi smo ugotovili, da zaposleni v zdravstveni negi področje forenzične psihiatrije poznajo povprečno. Ko analiziramo rezultate natančneje, vidimo, da imajo zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije več znanja in izkušenj na omenjenem področju kot zaposleni izven psihiatrične stroke. Ugotovljen rezultat smo pričakovali, saj zdravstvena obravnava pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja spada na področje psihiatrije in ta skrb ni značilna za druga področja v zdravstvenem varstvu (Doyle & Jones, 2013). Tudi avtorji Ziherl (2011) in Völlm s sodelavci (2018) trdijo, da zdravstvena nega pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja spada na področje psihiatrične zdravstvene nege in se samo v redkih primerih pojavlja v drugih specialnih področjih zdravstvene nege. Spet nekateri drugi (Lynch & Duval, 2010) forenzičnega pacienta ne postavljajo izključno na področje psihiatrije, ampak tudi na mnoga druga področja – gre za kompleksno področje, ki se ne dotika samo področja zdravstva, ampak tudi prava, kazenskega prava in drugih družbenih ved.

Več kot polovica anketiranih je znanje o forenzični psihiatriji pridobila izven študija in so se tako v največji meri z informacijami srečali na delovnem mestu. V domači in tuji literaturi člankov ali raziskav na temo poznavanje forenzične psihiatrije med medicinskimi sestrami nismo našli, zato smo za primerjavo uporabili raziskavo (Warnke, et al., 2018), ki je potekala v različnih državah med študenti zdravstvene smeri. Rezultati raziskave so v primerjavi z našimi drugačni. Ugotovljeno je, da

študentje povprečno poznajo termin »Forenzična psihiatrija« in da imajo pozitiven odnos v korist omenjenemu področju. Več kot polovica anketirancev v naši raziskavi je že imela stik s forenzičnim pacientom, vendar natančnejši pregled rezultatov kaže, da je stik s forenzičnimi pacienti imela večina zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije. Tudi v poznavanju področja so zaposleni v psihiatriji boljši od ostalih anketirancev, kar pa ni presenetljivo, ker zdravstvena nega pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja spada na področje psihiatrične zdravstvene nege in se samo v redkih primerih pojavlja v drugih specialnih področjih zdravstvene nege (Ziherl, 2011; Völlm, et al., 2018). Vendar pa se na splošno kaže, da medicinske sestre nimajo potrebnih kompetenc za delo s forenzičnimi pacienti (Bowen & Mason, 2012). Prav tako pa gre za eno izmed mlajših specialnih področij zdravstvene nege (Renjith, et al., 2016).

Večina anketiranih je menila, da je potrebna zdravstvena obravnava forenzičnih pacientov zaradi prisotne duševne motnje, kar potrjujejo tudi drugi avtorji (Ziherl, 2011; Zupanec, 2013). Moški anketiranci v primerjavi z anketiranimi ženskami statistično bolj značilno trdijo, da so forenzični pacienti za svoje dejanje kazensko odgovorni, kar pa se ne sklada s trditvami strokovnjakov s tega področja (Ziherl, 2011; Zupanec, 2013). Pacient za storjeno kaznivo dejanje ni kazensko odgovoren, saj je v času dejanja trpel za duševno motnjo. Moški anketiranci so bili v primerjavi z anketiranimi ženskami bolj prepričani, da so forenzični pacienti za svoje dejanje kazensko odgovorni, iz česar lahko sklepamo, da moški do tovrstnih pacientov čutijo močnejšo odklonilnost kot ženske. Podobno situacijo so opisovali tudi v Angliji in na Slovaškem, kjer so ugotovili, da stigma prevladuje med moško populacijo (Lammie, et al., 2010; Letovancová, et al., 2017). Anketiranci z več delovnimi izkušnjami in tisti bolj izobraženi imajo več znanja na splošno o forenzični psihiatriji in pacientih z obveznim ukrepom zdravljenja. Tudi odnos anketirancev do pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja je ustrežnejši pri tistih, ki imajo izkušnje z dela in višjo stopnjo izobrazbe, kar pa se sklada s tujimi raziskavami (Lammie, et al., 2010). Lammie in sodelavci (2010) so opisovali, kakšne so razlike v odnosu glede na starost, stopnjo izobrazbe in izkušnje dela na področju forenzične psihiatrije. Ugotovili so, da so medicinske sestre z več let delovnih izkušenj

bolj kritične do pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja kot medicinske sestre z manj leti delovnih izkušenj, kar se odrazi tudi v odnosu.

Večina anketiranih ima pacienta z obveznim ukrepom zdravljenja za nevarnega in agresivnega posameznika. Tudi Stupperich in sodelavci (2009) so ugotovili, da je med forenzičnimi pacienti pogosto prisotno agresivno vedenje. Večina anketiranih meni, da so pacienti z obveznim ukrepom zdravljenja bolj nagnjeni k pogostemu uživanju alkohola in/ali psihoaktivnih snovi. Citrome in Volavka (2011) sta raziskovala osebne značilnosti forenzičnega pacienta in ugotovila, da je za forenzične paciente poleg prisotnih različnih duševnih motenj značilno tudi nasilno vedenje in pogosto uživanje različnih psihoaktivnih snovi. Tudi Soyka in sodelavci (2015) so ugotovili vpliv psihotične motnje zlasti vpliv shizofrenije in bipolarni motnje na pojav agresivnega vedenja. Palijan in sodelavci (2009) so potrdili tudi tesno povezanost med nasilnimi storilci in zlorabo psihoaktivne snovi. Omenjeni avtorji (Palijan, et al., 2009) so ugotovili, da obstaja večja stopnja tveganja za nastanek nasilnega vedenja pri komorbidnih pacientih z osebnostno motnjo, motnjo razpoloženja in psihotično motnjo. Zloraba psihoaktivnih snovi in alkohola povzroča resne psihotične učinke, kar lahko povzroči ekstremno nasilno vedenje in posledično hudo kaznivo dejanje, kot so fizični napad, posilstvo, oboroženi rop, poskus umora in umor. Nasilno vedenje se pri komorbidnih pacientih z duševno motnjo izrazi kot posledica učinka uživanja psihoaktivne snovi in alkohola ter njihove motnje. Skupek različnih duševnih motenj in sočasnega uživanja psihoaktivnih snovi in alkohola v veliki meri vpliva na funkcioniranje možganov ter posledično povzroči nasilno vedenje (Palijan, et al., 2009). Anketiranci se v raziskavi niso strinjali s trditvami, da imajo forenzični pacienti nizko samozavest, nizek socio-ekonomski status in nizko izobrazbo ter da je večina samskih. Stupperich in sodelavci (2009) so v nemški raziskavi ugotovili, da se pri forenzičnih pacientih najpogosteje pojavlja nizek socio-ekonomski status, zgodovina nasilja, nizka stopnja izobrazbe in samski status. Celotno več kot polovica udeleženih pacientov je v svoji anamnezi že imela probleme z drogo in alkoholom. Prav tako kot v naši raziskavi se tudi tuji avtor West (2015) strinja, da so uporabniki forenzične psihiatrije predvsem osebe moškega spola.

Anketiranci so se strinjali, da je pri zdravstveni obravnavi forenzičnega pacienta najbolj pomembna varnost osebja. Pri medosebnem odnosu izpostavljajo spoštljivost, prijaznost in pozitivnost. Najmanj so se strinjali s trditvijo, da je provokacija primerna intervencija terapevtskega odnosa. Medosebni odnos med medicinsko sestro in forenzičnim pacientom temelji na sprejetosti, neobsojanju in spoštljivosti. Pacient ima kljub duševni motnji in kaznivemu dejanju pravico avtonomije (Finžgar, 2014). Pri tovrstnem delu je pomembno, da medicinska sestra dela s pacientom in ne za pacienta (Roljić, 2009). Tuji avtorji (Bowen & Mason, 2012; Doyle & Jones, 2013) za razliko od naših (Roljić, 2009; Finžgar, 2014) v ospredje znanja in veščin ne postavljajo področja zagotavljanja varnosti, ampak predvsem »trdnost« v medosebnem odnosu ter znanja o postavljanju meja. Pri tem je pomembno, da zaposleni v zdravstveni negi ne obsojajo in s tem dodatno ne stigmatizirajo forenzičnih pacientov (Bowen & Mason, 2012). Ker se opaža, da na tem področju zaposlenim v zdravstveni negi primanjkuje znanja, Doyle in Jones (2013) priporočata, da se forenzična zdravstvena nega razvije na osnovi teoretičnega modela »Health Care Model«.

Ženske in višje izobraženi anketiranci trdijo, da medicinske sestre na splošno ne sprejemajo forenzičnih pacientov, anketiranci z višjo izobrazbo pa bolj dojemajo, da so pacienti stigmatizirani. Verjetno je med zaposlenimi prisoten strah (Björkman, et al., 2008), ki je lahko pomemben dejavnik stigme in sprejemanja te populacije pacientov. Za tak pojav so krivi stereotipi, ki so med ljudmi zakoreninjeni, saj ljudje predvidevajo, da so pacienti z obveznim ukrepom zdravljenja nevarni in agresivni. Pacient z obveznim ukrepom zdravljenja spada v skupino »več stigmatizirane identitete«, ker vključuje stigmo do duševne motnje, po drugi strani pa vključuje tudi stigmo do kriminala, ki ga je oseba storila (West, 2015). Anketiranci izven psihiatrije so se strinjali oziroma so menili, da zaposleni v zdravstveni negi niso odklonljivi do pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja, kar pa nas čudi, ker navajajo strah do tovrstnih pacientov. Za tak pojav je verjetno krivo nepoznavanje stroke in pacienta. Pomembno je omeniti, da so medicinske sestre tiste, ki v prvi vrsti sodelujejo s pacientom, z njim vzpostavljajo stik in pomembno vplivajo na širitev stigmatizacije (Price & Baker, 2012). Forenzična zdravstvena nega vsekakor potrebuje dobro izobražen kader, ki pomembno vpliva na širitev destigmatizacije. Velikokrat niso dovolj le znanje in izkušnje, ampak so

pomembne tudi osebne lastnosti kadra, njihova zrelost in vrednote (Roljić, 2009). Pri interpretiranju rezultatov smo ugotovili, da mediji s svojim poročanjem o pacientih z duševno motnjo, ki so storili kaznivo dejanje, med javnostjo širijo le preplah. Tudi Štumpfl (2015) v svojem delu veliko govori, kako mediji s svojimi prispevki širijo negativno mnenje o pacientih z duševno motnjo, ki so storili kaznivo dejanje.

Večina anketirancev ne čuti strahu pri delu s pacienti z obveznim ukrepom zdravljenja. Omenjen rezultat nas je presenetil, saj avtorji (Rao, et al., 2009) veliko pišejo o odklonilnemu odnosu na tem področju prav zaradi prisotnosti strahu pri delu s temi pacienti. Zdravstveni delavci v interakciji s pacienti občutijo strah, postanejo žrtve nasilja in do pacienta razvijejo odklonilen odnos (Rao, et al., 2009). V manjši meri je strah prisoten pri tistih anketirancih, ki so bili pogosto v stiku s forenzičnimi pacienti, medtem ko anketiranci, ki še nikoli niso bili v stiku s pacientom, občutijo večjo stopnjo strahu. Tudi slovaška raziskava (Letovancová, et al., 2017) opisuje povezanost strahu do posameznika z duševno motnjo med ljudmi. Ugotovili so, da je povprečen odnos do pacientov z duševno motnjo povezan z strahom. Omenjajo še, da je strah eden od temeljnih dejavnikov, ki krepi stereotipe in predsodke in tako širi negativen odnos do oseb z duševno motnjo iz generacije v generacijo (Letovancová, et al., 2017).

Večina anketiranih izraža srednje odklonilen odnos do pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja. Tisti anketiranci, ki niso bili nikoli v stiku s forenzičnimi pacienti, občutijo večjo odklonilnost kot anketiranci, ki so že imeli pogost stik z njimi. Enako vidimo tudi pri želji po interakciji oziroma sodelovanju s tovrstnimi pacienti. Tisti anketiranci, ki niso bili nikoli v stiku s forenzičnimi pacienti, imajo manjšo željo po negovanju oziroma obravnavi kot anketiranci, ki so že imeli pogost stik z njimi. Enako so ugotovili tudi Letovancová in sodelavci (2017). Opisali so, da lasten pogled na forenzičnega pacienta kaže na to, kako bomo izoblikovali odnos do tovrstnih pacientov. Ta pa se oblikuje v neposrednem odnosu s pacientom. Ugotovili so, da osebe, ki so prišle v stik s pacientom, obolelim z duševno motnjo, kažejo manj stigmatiziran odnos, kot pa osebe, ki se nikoli niso srečale s tovrstnimi pacienti in posledično čutijo večji odklonilen odnos (Letovancová, et al., 2017). Vzrok za odklonilen odnos so anketiranci v največji meri našli v kaznivem dejanju, občutku ogroženosti in strahu, kar potrjujejo tudi drugi

avtorji (West, 2015; Letovancová, et al., 2017). Anketiranci prepoznajo predvsem shizofrenijo, bipolarno motnjo, delirij, kot duševne motnje, ki jih imajo forenzični pacienti. Pogosto je med njimi tudi osebnostna motnja in komorbidnost (Kramp in Gabrielsen, 2009; Schanda, et al., 2009; Pustoslemšek, 2014; West, 2015). Völlm in sodelavci (2018) so v raziskavi pomembno izpostavili psihoaktivno snov kot nekakšen posrednik med duševno motnjo in nasiljem.

Večina anketiranih je bila povprečno zadovoljna z organizacijo na področju forenzične psihiatrije. Med anketiranci smo našli tudi manjši delež nezadovoljnih z organizacijo na omenjenem področju. Vzroka za nezadovoljstvo v raziskavi nismo iskali, vendar pa smo po pregledu slovenskih virov (Pustoslemšek, 2014) ugotovili, da se vzrok za nezadovoljstvo lahko skriva v razpoložljivem varnostnem stanju. Izvajanje varnosti naj bi bilo pomanjkljivo zaradi nezadostnega kadra v zdravstvenem sistemu.

Omejitve raziskave

Odziv zdravstvenih zavodov na raziskavo ni bil pričakovan. Raziskovalni vzorec smo želeli uravnotežiti med zaposlene v zdravstveni negi na področju psihiatrije in izven psihiatrične stroke ter tako oceniti njihovo poznavanje forenzične psihiatrije in odnosa do pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja. Omenjenega nam ni uspelo izvesti, saj so zdravstveni zavodi izven psihiatrične stroke zavračali sodelovanje z razlogom, da s tovrstnimi pacienti nimajo ustreznih izkušenj. S pridobljenimi podatki bi ustrezneje primerjali poznavanje in odnos na omenjenem področju. Kot drugo omejitev bi lahko navedli tudi nejasnost vprašalnika pri nekaterih trditvah, vendar smo le-to opazili kasneje, ko smo raziskavo že izvedli.

4 ZAKLJUČEK

Pacient z obveznim ukrepom zdravljenja oziroma pacient z duševno motnjo sta še vedno temi, ki ju zaznamuje stigmatizacija. Z napredkom psihiatrije in razvojem forenzično psihiatričnega področja lahko osebam, ki trpijo za duševno motnjo na področju forenzične psihiatrije in njihovim svojcem pomagamo premagovati težave, ki jih doživljajo na poti do okrevanja. Pri razblinjanju stereotipov in predsodkov ter posledično boljši zdravstveni obravnavi lahko in mora v veliki meri pomagati zdravstveno osebje. Za boljše in kakovostnejše delo s tovrstnimi pacienti so pomembne vrednote zaposlenega, neprestano izobraževanje in neobsojanje, ki v medosebnem odnosu pripomorejo k uspešnem izidu zdravstvene obravnave.

Pri delu in odnosu zaposlenih v zdravstveni negi do pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja je ključnega pomena kontinuirano in kvalitetno izobraževanje na omenjenem področju. Ugotovili smo, da anketirani v zdravstveni negi povprečno poznajo področje forenzične psihiatrije. Več znanja na tem področju so imeli zaposleni na področju psihiatrije in višje izobraženi anketiranci. Odnos zaposlenih v zdravstveni negi je povprečno ustrezen. Pokazala se je tudi stigmatizacija do forenzičnih pacientov. Večja odklonilnost in strah sta bila prisotna med zaposlenimi v zdravstveni negi izven psihiatrične stroke, medtem ko so zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije izrazili manj strahu in večjo željo po negovanju tovrstnih pacientov. Z namenom, da bi se izognili še vedno prisotni stigmatizaciji pacientov obravnavanih na forenzični psihiatriji, je potrebno področje okrepiti z dodatnimi izobraževanji. Izobraževalni programi, ki bi spregovorili o tovrstnih pacientih, bi tako pripomogli k boljšemu odnosu, odpravi stigmatizacije in boljšemu rezultatu zdravstvene obravnave pacientov z obveznim ukrepom zdravljenja.

Vsekakor bi bilo na tem področju zanimivo raziskati, ali se podatki razlikujejo med drugimi zdravstvenimi delavci v kliničnih okoljih. Z večjim reprezentativnim vzorcem bi lahko ocenili splošen odnos zaposlenih v zdravstvu do forenzičnega pacienta. Prav tako bi bilo zanimivo podobno raziskavo izvesti še med študenti zdravstvenih smeri.

5 LITERATURA

American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, pp. 1-947.

Askola, R., Nikkonen, M., Putkonen, H., Kylmä, J. & Louheranta, O., 2017. The therapeutic approach to a patient's criminal offense in a forensic mental health nurse-patient relationship—the nurses' perspectives. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(3), pp. 164-174.

Bedaso, A., Yeneabat, T., Yohannis, Z., Bedasso, K. & Feyera, F., 2016. Community attitude and associated factors towards people with mental illness among residents of worabe town, silte zone, southern nation's nationalities and people's region, Ethiopia. *Plos one: An Implication to Involve the Community in Mental Health Care Services*, 11(3), e0149429.

Björkman, T., Angelman, T. & Jönsson, M., 2008. Attitudes towards people with mental illness: a cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), pp. 170-177.

Blazinšek, U., 2016. *Seznanjenost medicinskih sester z mejno osebnostno motnjo v psihiatričnih bolnišnicah in prehospitarnih enotah: magistrsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Bojić, M., Bole, U. & Bregar, B., 2016. Pogostost in značilnosti nasilja nad zdravstvenimi delavci na področju nujne medicinske pomoči in psihiatrije. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), pp. 308-315.

Bowen, M. & Mason, T., 2012. Forensic and non-forensic psychiatric nursing skills and competencies for psychopathic and personality disordered patients. *Journal Clinical Nurse*, 21(23-24), pp. 3556-3564.

Božikov Tekavčič, L., 2014. Sodelovanje zavodov za prestajanje kazni zapora na področju forenzične psihiatrije. In: D. Lončnar & I. Videčnik, eds. *Izzivi v forenzični psihiatriji: zbornik z recenzijo*. Maribor, 10. oktober 2014. Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 1-6.

Cafnik, B., 2014. *Stigmatizacija pacientov z duševnimi motnjami med mladimi: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Cenčič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantativne empirične neeksperimentalne raziskave*. 1st ed. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.

Citrome, L. & Volavka, J., 2011. Pharmacological management of acute and persistent aggression in forensic psychiatry settings. *CNS Drugs*, 25(12), pp. 1009-1021.

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

Di Lorito, C., Castelletti, L., Lega, I., Gualco, B., Scarpa, F. & Völlm, B.A., 2017. The closing of forensic psychiatric hospital in Italy: determinants, current status and future perspectives, a scoping review. *International Journal of Law and Psychiatry*, 55, pp. 54-63.

Doyle, M. & Jones, P., 2013. Hodges' health career model and its role and potential application in forensic mental health nursing. *Journal Psychiatric Mental Health Nurse*, 20(7), pp. 631-640.

Ficko-Zalokar, A., 2016. Obvezno psihiatrično zdravljenje oseb z disocialno osebnostno motnjo na Enoti za forenzično psihiatrijo. In: B. Novak Šarotar & J. Bon, eds. *Lokarjevi dnevi 2016 - Seminar iz Forenzične psihiatrije*. Ljubljana, januar 2016. Ljubljana:

Slovensko zdravniško društvo, Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu, pp. 32-37.

Finžgar, S., 2014. Znanje in veščine, ki jih potrebujemo za kakovostno delo s pacientom na forenzični psihiatriji. In: D. Lončnar & I. Videčnik, eds. *Izzivi v forenzični psihiatriji: zbornik z recenzijo. Maribor, 10. oktober 2014.* Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 30-34.

Hamaoui, Y.E., Moussaoui, D. & Okasha, T., 2009. Forensic psychiatry in north Africa. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(5), pp. 507-510.

Hvalič Touzery, S., Pivač, S. & Smodiš, M., 2015. *Analiza stanja na področju duševnega zdravja – ranljive skupine.* Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Inštitut za razvoj človekovih pravic, 2018. *Borderline osebnostna motnja.* [online] Available at: <https://www.psihoterapija-ordinacija.si/dusevne-motnje/osebnostne-motnje/borderline-osebnostna-motnja> [Accessed 20 September 2018].

Kegl, K., 2014. Timska obravnava pacientov v Enoti za forenzično psihiatrijo. In: D. Lončnar & I. Videčnik, eds. *Izzivi v forenzični psihiatriji: zbornik z recenzijo. Maribor, 10. oktober 2014.* Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 35-40.

Kobal, M.F., 2000. *Psihopatologija za varnostno in pravno področje.* Ljubljana: Ministerstvo za notranje zadeve, Visoka policijska-varnostna šola.

Kobal, M.F., 2009. *Psihopatologija za varnostno in pravno področje.* Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede.

Korošec Jagodič, H., Jagodič, K. & Pregelj, P., 2009. Obravnava bolnika z delirijem. *Zdravstveni Vestnik*, 78(9), pp. 473-480.

Kramp, P. & Gabrielsen, G., 2009. The organization of the psychiatric service and criminality committed by the mentally ill. *European Psychiatry*, 24(6), pp. 401-411.

Lammie, C., Harrison, T.E., Macmahon, K. & Knifton, L., 2010. Practitioner attitudes towards patients in forensic mental health settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(8), pp. 706-714.

Letovancová, K., Kovalčíková, N. & Dobříková, P., 2017. Attitude of society towards people with mental illness: the result of national survey of the Slovak population. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(3), pp. 255-260.

Ličen, S. & Plazar, N., 2013. Razlike v asertivnem vedenju med študentkami zdravstvene nege in študentkami drugih fakultet-primerjalna študija. *Obzornik zdravstvene nege*, 47(2), pp. 148-156.

Ličina, M., 2009. Osnove značilnosti forenzične psihiatrije. In: P. Pregelj & R. Kobentar, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Založba Rokus Klett, pp. 327-31.

Lynch, V.A. & Duval, J.B., 2010. *Forensic Nursing Science*. St. Louis: Mosby/Elsevier.

Mason, T., King L. & Dulson, J., 2009. Binary construct analysis of forensic psychiatric nursing in UK: high, medium, and low security services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(3), pp. 216-224.

Ministrstvo za pravosodje Republike Slovenije, 2011. *Organizacija forenzične psihiatrije v Sloveniji: Prenova projektne naloge*. Ljubljana: Ministrstvo za pravosodje Republike Slovenije.

Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2014. *Viri v zdravstvu (kadrovski, organizacijski in drugi viri)*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at:

http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2013/8_viri_v_zdravstvu_2013.pdf [Accessed 8 October 2018].

Nanut, A., 2010. *Vpliv komorbidnosti in sočasnega zdravljenja z zdravili na urejenost antikoagulacijskega zdravljenja z varfarinom: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za farmacijo.

National association of state mental health program directors, 2017. *Forensic patients in state psychiatric hospitals: 1999-2016*. Alexandria: national association of state mental health program directors, pp. 1-160.

Nedopil, N., 2009. Editorial the role of forensic psychiatry in mental health systems in Europe. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 19(4), pp. 224-234.

Nedopil, N., Taylor, P. & Gunn, J., 2015. Forensic psychiatry in Europe: the perspective of the Ghent group. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 19(2), pp. 80-83.

Nerat, B. & Pivec, G., 2010. Forenzična bolnišnica skozi zgodovino kazenskega prava in forenzične psihiatrije. *Zdravstveni vestnik*, 79(10), pp. 748-754.

Nerat, B., 2010. *Forenzična bolnišnica – medicinski ukrep v sistemu kazenskih sankcij: doktorska disertacija*. Ljubljana: Pravna fakulteta.

Nerat, B., 2014. Pogled kazenskega sodnika na forenzično psihiatrijo. In: D. Lončnar & I. Videčnik, eds. *Izzivi v forenzični psihiatriji: zbornik z recenzijo*. Maribor, 10. oktober 2014. Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 7-10.

O'Rourke, M., Wrigley, C. & Hammond, S., 2018. Violence within mental health services: how to enhance risk management. *Risk Management and Healthcare Policy*, 11, pp. 159-167.

Ozim, T., 2015. *Zdravstvena nega agresivnega pacienta na Enoti za forenzično psihiatrijo: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Palijan, T.Z., Mužinić, L. & Radeljak, S., 2009. Psychiatric comorbidity in forensic psychiatry. *Psychiatria Danubina*, 21(3), pp. 429-436.

Pikovnik, E. & Fink, A., 2010. *Zdravstvena nega v psihiatrični dejavnosti*. [pdf] Ministrstvo za šolstvo in šport Ljubljana. Available at: http://www.mizs.gov.si/fileadmin/mizs.gov.si/pageuploads/podrocje/Strukturni_skladi/Gradiva/MUNUS2/MUNUS2_11Zdravstvena_negavpsihiatricni.pdf [Accessed 14 September 2018].

Pravilnik o izvrševanju varnostnih ukrepov obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu in obveznega psihiatričnega zdravljenja na prostosti, 2016. Uradni list Republike Slovenije, št. 35/2016.

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.

Pustoslemšek, M., 2017. *Forenzikacija psihiatrije*. [online] Available at: <http://www.times.si/slovenija/forenzifikacija-psihiatrije--b94ec970fab442c3437f3f1f31154733a270748.html> [Accessed 10 March 2018].

Pustoslemšek, M., 2014. Novosti v forenzični psihiatriji. In: D. Lončnar & I. Videčnik, eds. *Izzivi v forenzični psihiatriji: zbornik z recenzijo*. Maribor, 10. oktober 2014. Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 11-13.

Rao, H., Mahadevappa, H., Pillay, P., Sessay, M., Abraham, A. & Luty, J., 2009. A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(3), pp. 279-284.

Renjith, V., Nikitha, S., George, A., Mhalkar, V. & Raju, N.J., 2016. Forensic nursing. *Indian Journal of Forensic Medicine and Toxicology*, 10(2), pp. 180-183.

Roljić, S., 2009. Uspešno obvladovanje nasilnega vedenja. In: U. Poček, ed. *Nasilno vedenje v duhu novih praks*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 31-34.

Salzmann-Erikson, M., Rydlo, C. & Wiklund Gustin, L., 2016. Getting to know the person behind the illness – the significance of interacting with patients hospitalised in forensic psychiatric settings. *Journal of Clinical Nursing*, 25(9-10), pp. 1426-1434.

Schanda, H., Stompe, T. & Ortwein-Swoboda, G., 2009. Dangerous or merely difficult? The new population of forensic mental hospitals. *European Psychiatry*, 24(6), pp. 365-372.

Soyka, M., Zill, P., Koller, G., Samochowiec, A., Grzywacz, A. & Preuss, U.W., 2015. Val158Met COMT polymorphism and risk of aggression in alcohol dependence. *Addiction Biology*, 20(1), pp. 197-204.

Stojanovič, M., 2016. *Problematika obravnave psihiatričnih pacientov po poteku varnostnih ukrepov obveznega psihiatričnega zdravljenja: opis pravne ureditve in prakse v Sloveniji in prikaz primerov pravne ureditve v drugih državah*. s.l.:s.n.

Stupperich, A., Ihm, H. & Strack, M., 2009. Violence and personality in forensic patients: is there a forensic patient-specific personality profile? *Journal of Interpersonal Violence*, 24(1), pp. 209-225.

Štumpfl, T., 2015. *Mnenje splošne javnosti o duševno motenih storilcih kaznivih dejanj: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede.

Švab, V., n.d. *Skupnostna psihiatrija*. [pdf] s.n. Available at: http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/STROKOVNI_CLANKI_-_razni/Skupnostna_psihiatrija_-_Vesna_Svab.pdf [Accessed 25 September 2018].

Turčin, A. & Kores Plesničar, B., 2008. Sprejem in zdravljenje brez privolitve na oddelku za psihiatrijo UKC Maribor. *Zdravstveno Varstvo*, 47(3), pp. 137-142.

Völlm, B.A., Clarke, M., Tort Herrando, V., Seppänen, A.O., Gosek, P., Heitzman, J. & Bulten, E., 2018. European psychiatric association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders. *European Psychiatry*, 51, pp. 58-73.

Warnke, I., Gamma, A., Buadze, A., Schleifer, R., Canela, C., Rüsç, N., Rössler, W., Strebel, B., Tényi, T. & Liebreñz, M., 2018. Status quo of German-speaking medical students' attitudes toward and knowledge about central aspects of forensic psychiatry across four European countries. *International Journal of Law and Psychiatry*, 58, pp. 9-16.

West, M., 2015. *Triple stigma in forensic psychiatric patients: mental illness, race, and criminality: doctoral dissertation*. New York: The City University of New York, Faculty in Psychology.

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr), 2008. Uradni list Republike Slovenije, št. 77/08 in 46/15.

Zakon o izvrševanju kazenskih sankcij (ZIKS-1-UPB1), 2006. Uradni list Republike Slovenije, št. 110/06.

Ziherl, S., 2011. *Organizacija forenzične psihiatrije v Sloveniji*. Ljubljana: Ministrstvo za pravosodje, Ministrstvo za zdravje.

Zupanec, U., 2013. *Ukrepi zoper neprištevne storilce kaznivih dejanj: diplomsko delo*.
Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

VPRAŠALNIK O POZNAVANJU IN ODNOSU DO FORENZIČNEGA PACIENTA

Spoštovani!

Sem Vanda Cerar, študentka 3. letnika Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Pred vami je vprašalnik, ki je del mojega diplomskega dela z naslovom »**Odnos zaposlenih v zdravstveni negi do forenzičnega pacienta**«, ki jo pripravljam pod mentorstvom mag. Branka Bregarja, višjega predavatelja. Izpolnjevanje vprašalnika vam bo vzelo nekaj časa, vendar nam bodo odgovori in rezultati pomagali ugotoviti, kakšno je poznavanje in odnos do forenzičnega pacienta ter organizacije skrbi do te skupine ljudi med zaposlenimi zdravstvene nege na področju psihiatrije in zaposlenimi zdravstvene nege izven psihiatrične stroke. Zagotavljam vam anonimnost vaših podatkov, saj bodo uporabljeni izključno za namen diplomskega dela.

Za vaše sodelovanje in pomoč se vam že vnaprej zahvaljujem.

Vanda Cerar

VPRAŠALNIK

A: Poznavanje forenzične psihiatrije

1. V spodnji tabeli so navedene trditve o poznavanju forenzične psihiatrije. Za vsako trditev, ki jo obkrožite, 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.

	Sploh se ne strinjam.	Se ne strinjam.	Niti se strinjam niti se ne strinjam.	Se strinjam.	Popolnoma se strinjam.
a) Forenzična psihiatrija je skupno ime za znanje iz različnih	1	2	3	4	5

strok, ki prispevajo k razkrivanju kaznivih dejanj in umorov.					
b) Forenzična psihiatrija vsebuje tehnike za ugotavljanje osumljenčeve prisotnosti na mestu zločina.	1	2	3	4	5
c) Forenzična psihiatrija je opredeljena kot sub-specialistično področje psihiatrije, ki deluje na stičišču dveh strok: psihiatrije in pravosodja.	1	2	3	4	5
d) Forenzični pacient je storilec kaznivega dejanja, ki ga je storil zaradi duševne motnje.	1	2	3	4	5
e) Forenzični pacienti so za svoje dejanje kazensko odgovorni.	1	2	3	4	5
f) Forenzične paciente je potrebno zdraviti zaradi duševne motnje.	1	2	3	4	5
g) Pri forenzičnih pacientih gre za zavarovanje družbe pred duševnim pacientom.	1	2	3	4	5
h) Pri forenzičnih pacientih gre za zavarovanje pacienta pred družbo.	1	2	3	4	5
i) Forenzična psihiatrija je v Sloveniji pomembna novost.	1	2	3	4	5
j) Slovenija ima forenzično bolnišnico.	1	2	3	4	5
k) Slovenija ima organizirano enoto za obravnavo forenzičnih pacientov (enota za forenzično psihiatrijo).	1	2	3	4	5
l) V svetu in Evropi se povečuje število forenzičnih pacientov.	1	2	3	4	5

B: Poznavanje forenzičnega pacienta in odnosa do te skupine ljudi

1. V spodnji tabeli so navedene trditve, ki se navezujejo na poznavanje in odnos do forenzičnega pacienta. Pri vsaki trditvi 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.

	Sploh se ne strinjam.	Se ne strinjam.	Niti se strinjam, niti se ne strinjam.	Se strinjam.	Popolnoma se strinjam.
a) Za forenzičnega pacienta je značilna visoka samozavest.	1	2	3	4	5
b) Za forenzičnega pacienta sta značilni agresija in nasilje.	1	2	3	4	5
c) Za forenzičnega pacienta je značilna nizka izobrazba.	1	2	3	4	5
d) Forenzični pacienti so predvsem moški.	1	2	3	4	5
e) Forenzični pacient pogosteje uživa alkohol in/ali droge.	1	2	3	4	5
f) Za forenzičnega pacienta je značilno, da imajo samski status.	1	2	3	4	5
g) Za forenzičnega pacienta je značilen nizko socio-ekonomski status.	1	2	3	4	5
h) Forenzična psihiatrija najpogosteje obravnava napad in poskus umora.	1	2	3	4	5
i) Forenzičen pacient je nevaren.	1	2	3	4	5
j) Forenzični pacienti so večinoma stigmatizirani.	1	2	3	4	5
k) Medicinske sestre so do forenzičnega pacienta odklonljive.	1	2	3	4	5
l) Provokacija je primerna intervencija v terapevtskem odnosu.	1	2	3	4	5
m) Odnos do forenzičnega pacienta vključuje zaupen terapevtski odnos.	1	2	3	4	5
n) Zagotavljanje varnosti osebja je ključna pri	1	2	3	4	5

zdravstveni obravnavi forenzičnega pacienta.					
r) Ostre meje so vodilo terapevtskega odnosa.	1	2	3	4	5
s) Pri obravnavi forenzičnega pacienta je potrebno strukturirati dnevni urnik.	1	2	3	4	5
t) Medicinska sestra je kljub teži kaznivega dejanja v odnosu do forenzičnega pacienta spoštljiva.	1	2	3	4	5

C: Vaš odnos do forenzičnega pacienta

1. Ste se pri svojem delu srečali s forenzičnimi pacienti? (ustrezno obkrožite)

1. da, pogosto
2. da, občasno
3. ne, nikoli

1. Ali poznate zdravstveno obravnavo na področju delovanja forenzične psihiatrije? (ustrezno obkrožite)

- 1 – sploh je ne poznam
- 2 – ne poznam
- 3 – niti jo poznam niti je ne poznam
- 4 – poznam
- 5 – popolnoma poznam

2. Kje ste pridobili informacije o forenzični psihiatriji? (ustrezno obkrožite)

1. na delovnem mestu
2. doma
3. na fakulteti
4. preko medijev
5. drugo: _____
6. o tej temi ne vem ničesar

3. Ali vas je strah dela s forenzičnimi pacienti? (ustrezno obkrožite)

- 1 – sploh me ni strah
- 2 – ni me strah
- 3 – niti me je strah niti me ni strah
- 4 – strah me je
- 5 – zelo me je strah

4. Ali do te skupine ljudi čutite odklonilnost? (ustrezno obkrožite, pri čemer pomeni: 1 – popolna odklonilnost in 10 – ni prisotne odklonilnosti)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Če ste v prejšnjem vprašanju obkrožili manj kot 6, odgovorite na vprašanje 6, sicer nadaljujte pri vprašanju 7.

5. Zaradi česa čutite odklonilen odnos do forenzičnega pacienta? (pri vsakem odgovoru izberite DA, če čutite odklonilen odnos oziroma NE, če ne čutite odklonilnega odnosa).

	DA	NE
a) Zaradi prisotne duševne motnje.	1	2
b) Zaradi storjenega kaznivega dejanja.	1	2
c) Ker se počutim ogroženega.	1	2
d) Ker me je strah.	1	2
e) Drugo.	1	2

6. Katere duševne bolezni imate v mislih in pri katerih bi najprej posumili, da je storilec nevaren oziroma, da vas ogroža? (ustrezno obkrožite)

1. pacient s shizofrenijo
2. pacient z bipolarno motnjo
3. pacient z demenco
4. pacient z delirijem
5. ne vem
6. drugo: _____

7. Označite svoj odnos do spodnjih trditev.

Opreделите se do spodnjih trditev, tako, da trditev ustrezno obkrožite 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.

	Sploh se ne strinjam.	Se ne strinjam.	Niti se strinjam niti se ne strinjam.	Se strinjam.	Popolnoma se strinjam.
a) Osebe z duševno motnjo storijo v povprečju več kaznivih dejanj kot duševno zdravi.	1	2	3	4	5
b) Osebe z duševno motnjo, ki storijo kaznivo dejanje, se morajo obravnavati v psihiatrični ustanovi.	1	2	3	4	5
c) Menim, da mediji s svojim poročanjem o storilcih kaznivih dejanj, ki imajo duševno motnjo, povzročajo preplah v družbi in stigmatizacijo do teh posameznikov.	1	2	3	4	5

- 8. Ali si želite negovati forenzičnega pacienta?** (ustrezno obkrožite, pri čemer pomeni: 1 – ne želim negovati forenzičnega pacienta in 10 – zelo si želim negovati forenzičnega pacienta)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

- 9. Ali menite, da imamo v Sloveniji dobro organizacijo skrbi na področju forenzične psihiatrije?** (ustrezno obkrožite)

1 – sploh nisem zadovoljen/zadovoljna

2 – nisem zadovoljen/zadovoljna

3 – niti sem zadovoljen/zadovoljna niti nisem zadovoljen/zadovoljna

4 – sem zadovoljen/zadovoljna

5 – zelo sem zadovoljen/zadovoljna

6 – nisem seznanjen/seznanjena

D: Socio-demografski podatki in podatki o delovnih izkušnjah

- 1. Ali ste zaposleni na področju psihiatrije?** (ustrezno obkrožite)

1. da

2. ne

- 2. Spol** (ustrezno obkrožite):

1. ženska

2. moški

- 3. Starost** (ustrezno napišite): _____ let

- 4. Delovne izkušnje v letih** (ustrezno napišite): _____ let

- 5. Izobrazba** (obkrožite najvišjo doseženo izobrazbo):

1. srednješolska izobrazba zdravstvene nege

2. visokošolska izobrazba prve stopnje zdravstvene nege

3. magisterij zdravstvene nege

4. doktorat

5. drugo: _____

Hvala za sodelovanje!