



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**NEŽELENI UČINKI IN POSLEDICE
IZVAJANJA POSEBNIH VAROVALNIH
UKREPOV V PSIHIATRIJI**

**ADVERSE EFFECTS AND CONSEQUENCES
OF IMPLEMENTING SPECIAL
PRECAUTIONARY MEASURES IN
PSYCHIATRY**

Diplomsko delo

Mentor: doc. dr. Branko Bregar

Kandidatka: Janja Andreuzzi

Jesenice, junij, 2020

ZAHVALA

Ob zaključku zelo lepega in pomembnega obdobja v mojem življenju se iz srca zahvaljujem mentorju doc. dr. Branku Bregarju za nesebično pomoč, uporabne nasvete, potrpežljivost in zelo hitro odzivnost pri pisanju diplomskega dela. Zahvaljujem se tudi Zdenki Kramar, pred. za recenzijo diplomskega dela. Za lektoriranje diplomskega dela se zahvaljujem Teji Kavčič, uni. dipl. medj. posr.

Hvala vsem profesorjem, predavateljem in mentorjem v kliničnih okoljih za predano znanje in praktične nasvete. Hvala tudi vsem sošolkam in sošolcem za pomoč in medsebojno oporo pri premagovanju težkih ovir.

Posebej pa bi se rada zahvalila tudi svoji družini, fantu in prijateljem, da ste verjeli vame, mi ob težkih trenutkih stali ob strani ter mi vlivali pogum in moč za doseg mojeg cilja. Brez vas mi nebi uspelo. Hvala!

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Posebni varovalni ukrepi so eden izmed najbolj invazivnih ukrepov v zdravstveni negi v psihiatriji in predstavljajo velik dejavnik za nastanek neželenih učinkov in posledic. Namen diplomskega dela je bil s sistematičnim pregledom literature preučiti neželene učinke in posledice izvajanja posebnih varovalnih ukrepov.

Metoda: Izveden je bil sistematični pregled strokovne in znanstvene literature, s pomočjo strokovnih baz CINAHL, Google učenjak, PubMed, Wiley Online, Springer Link in COBISS. Uporabili smo ključne besede »coercive measures«, »mechanical restraints«, »patient experience«, »adverse effects«, »consequences« in »posebni varovalni ukrepi«. Za povezovanje ključnih besed smo uporabili Boolov operator AND. Omejitveni kriteriji so bili: objava članka med letoma 2010 in 2020, dostopnost celotnega besedila člankov v angleščini ali slovenščini in povezanost teme s psihiatrijo.

Rezultati: V končno analizo je bilo vključenih 13 virov, ki so bili z omejitvami in analizo izbrani izmed 161.091 zadetkov. Identificiranih je bilo 75 kod, združenih v 4 vsebinske kategorije: družbene posledice izvajanja posebnih varovalnih ukrepov, telesni/fizični škodljivi učinki in posledice izvajanja posebnih varovalnih ukrepov, negativna čustva in občutki, ki jih pacienti doživljajo med izvajanjem posebnih varovalnih ukrepov in psihične posledice izvajanja posebnih varovalnih ukrepov.

Razprava: Psihični in fizični učinki ter posledice posebnih varovalnih ukrepov so že zelo dobro znani. Vendar se pojavijo tudi druge posledice, o katerih se danes manj govori, kot so posledice v socialnem okolju pacienta, ki se kažejo v različnih oblikah diskriminacije in osamljenosti. Posledično se pri pacientih lahko vzbudijo negativna čustva in občutki. V končni fazi neželeni učinki in posledice izjemno negativno vplivajo na celotno kakovost življenja pacienta z duševno motnjo.

Ključne besede: prisila, duševne motnje, izkušnje pacientov, psihiatrična zdravstvena nega, medicinske sestre

SUMMARY

Background: Special precautionary measures are among the most invasive measures in psychiatry nursing and represent a significant factor for the development of adverse effects and consequences. The aim of the diploma thesis was to conduct a systematic literature review and investigate the adverse effects and consequences of implementing special precautionary measures.

Methods: A systematic review of academic and scientific literature was conducted, using CINAHL, Google Scholar, PubMed, Wiley Online, Springer Link and COBISS databases. The following keywords were used: »coercive measures, »mechanical restraints«, »patient experience«, »adverse effects«, »consequences« and »posebni varovalni ukrepi«, which were connected using the Boolean operator AND. The limiting search criteria were: date of publication between 2010 and 2020, full-text articles available in English or Slovene, and articles related to psychiatry.

Results: The final analysis included 13 sources, which were selected out of 161,091 hits in total by means of restrictions and analysis. We identified 75 codes which were grouped into four substantive categories: social consequences of implementing special precautionary measures, physical adverse effects and consequences of implementing special precautionary measures, negative emotions and feelings experienced by patients during the implementation of special precautionary measures, and psychological consequences of implementing special precautionary measures.

Discussion: Psychological and physical adverse effects and consequences of implementing special precautionary measures are well known. However, there are other consequences that are less talked about today, such as the consequences in the patient's social environment which are manifested as different kinds of discrimination and loneliness. Consequently, patients may experience negative emotions and feelings. In the final stage, adverse effects and consequences have an extremely negative impact on the quality of life of patients with a mental disorder.

Key words: coercion, mental disorders, patients' experience, psychiatric healthcare, nurses

KAZALO

1 UVOD	1
2 EMPIRIČNI DEL.....	7
2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	7
2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	7
2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	7
2.3.1 Metode pregleda literature.....	7
2.3.2 Strategija pregleda zadetkov.....	8
2.3.3 Opis obdelave podatkov	11
2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature	12
2.4 REZULTATI	13
2.5 RAZPRAVA.....	23
2.5.1 Omejitve raziskave	29
2.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo	30
3 ZAKLJUČEK	33
4 LITERATURA	34

KAZALO SLIK

Slika 1: PRIZMA diagram.....14

Slika 2: Preglednica neželenih učinkov in posledic izvajanja PVU.....32

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati sistematičnega pregleda literature.....8

Tabela 2: Hierarhija dokazov.....12

Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov.....15

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah.....22

SEZNAM KRAJŠAV

NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
PVU	posebni varovalni ukrepi
URS	Ustava Republike Slovenije
ZDZdr	Zakon o duševnem zdravju
ZPacP	Zakon o pacientovih pravicah

1 UVOD

Prisilni ukrepi v psihiatriji ali angleško *coercive measures in psychiatry* so ukrepi za obvladovanje vedenja pacienta z duševno motnjo, ki izkazuje agresijo. Potrebni so, da preprečimo vedenje pacienta, ki je lahko škodljivo zanj, za ostale okoli njega ali pa lahko pacient z vedenjem povzroči drugo škodo na inventarju. Lahko se uvedejo tudi na zahtevo pacienta samega. PVU so v taki ali drugačni obliki poznani v zdravstvu povsod po svetu (Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr), 2008; Raboch, et al., 2010; Lay, et al. 2011; Bregar, et al., 2012; Flammer, et al., 2013; Luciano, et al., 2014; Kalisova, et al., 2014; McLaughlin, et al., 2016). Med prisilne ukrepe spadajo fizične ali mehanske metode, ki pacienta imobilizirajo ali zmanjšujejo njegovo zmožnost prostega premikanja okončin telesa in glave, osamitev pacienta na primer v sobo, ki je postavljena posebej v ta namen, ter uporabo substanc oziroma zdravil, ki vplivajo na pacientovo vedenje in ne spadajo v pacientovo redno predpisano terapijo (ZDZdr, 2008; Raboch, et al., 2010; Kadivec, 2012; McLaughlin, et al., 2016).

V našem prostoru v psihiatriji ne poznamo termina *prisilni ukrepi*, ampak te ukrepe imenujemo *posebni varovalni ukrepi* (v nadaljevanju PVU). V Sloveniji je z zakonom opredeljeno (ZDZdr, 2008, 29. člen), da je PVU »nujen ukrep, ki se ga uporabi zaradi omogočanja zdravljenja osebe z duševno motnjo ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe z duševno motnjo, kadar je ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim, in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom.« Med PVU prištevamo telesno oviranje s pasovi in omejitev gibanja znotraj enega prostora (ZDZdr, 2008; Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu, 2018; Bregar, 2019). Čeprav ZDZdr (2008) opredeljuje samo dve vrsti PVU, poznamo tudi druge prisilne ukrepe, ki jih uporabljamo pri nas, vendar jih zakon ne določa. Mednje spadajo medikamentozni ukrepi, stalni nadzor, diskretni nadzor in uporaba ograjice ob postelji (Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu, 2018).

Z zakonom je opredeljeno, da se PVU uporablja na oddelkih pod posebnim nadzorom in na varovanih oddelkih. PVU odredi zdravnik, ki mora ob tem izpolniti vso potrebno dokumentacijo (ZDZdr, 2008):

- obvestilo o PVU,
- obvestilo o uporabi PVU,
- evidenco uporabe PVU,
- zapis ukrepa na terapevtsko – temperaturni list.

O uvedbi PVU mora zdravnik, kar se da najhitreje obvestiti odgovorno osebo in osebe, ki so navedene v zakonu. Pri mladoletni oziroma polnoletni osebi brez opravilne sposobnosti mora zdravnik obvestiti tudi zakonitega zastopnika ali skrbnika. V izjemnih primerih zakon omogoča, da PVU uvede tudi drug zdravstveni ali strokovni delavec, vendar mora o dejanju takoj obvestiti odgovornega nosilca zdravstvene dejavnosti, ki presodi utemeljenost uvedbe PVU. Celotni postopek uvedbe PVU mora biti dokumentiran (ZDZdr, 2008).

PVU lahko uporabimo izjemoma in traja toliko časa, kolikor je nujno glede na razlog uvedbe, vendar ne več kot štiri ure. Po preteku navedenega obdobja zdravnik preveri utemeljenost ponovne uvedbe PVU (ZDZdr, 2008). Pacienta, pri katerem je bil uporabljen PVU, se nadzoruje ves čas trajanja PVU, spremlja se njegove vitalne funkcije, pri katerih posebno pozornost namenimo kontroli pulza na omejenih okončinah (motnje cirkulacije, barva kože, zastojni edemi), če je bilo izvedeno fizično oviranje, ter merjenju krvnega tlaka, pulza (tahikardija, bradikardija), frekvence dihanja in temperature (ZDZdr, 2008; Zemljič & Lešnik, 2017). Ustrezno pa je treba dokumentirati tudi pridobljene podatke. Tako kot mora zdravnik ustrezno izpolniti dokumentacijo, mora tudi medicinska sestra /zdravstveni tehnik, srednja medicinska sestra ali diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik izpolniti naslednje dokumente (Zemljič & Lešnik, 2017):

- intenzivni list zdravstvene nege,
- poročilo zdravstvene nege,
- zapis ukrepa na terapevtsko – temperaturni list.

Dokumentacija mora biti natančna, skrbno vodena in iz nje mora biti razviden razlog, namen in nadzor izvajanja PVU. Posebej skrbno je treba beležiti morebitne zaplete (Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu, 2018; ZDZdr, 2008).

Med PVU torej prištevamo fizično/mehansko oviranje, omejitev gibanja znotraj enega prostora in medikamentozne ukrepe. Fizično/mehansko oviranje ali angleško *mechanical restraint* je oviranje gibanja pacienta z različnimi mehanskimi pripomočki, največkrat s pasovi na magnetni mehanizem (Knutzen, et al., 2013; Bregar, 2019). Predstavlja eno najbolj stresnih situacij tako za pacienta z duševno motnjo kot za osebje (Kovač, 2012). Izvaja se s posebnimi standardiziranimi pasovi različnih proizvajalcev z magnetnimi sponkami. Pri uporabi se upošteva navodila proizvajalca, za izvedbo ukrepa pa skrbi predhodno usposobljeno osebje. Ukrep se uporabi pri nasilnih (avtoagresivnih in heteroagresivnih) ali pri zelo agitiranih pacientih. Pasove se uporabi pri pacientih na postelji, lahko pa tudi na počivalniku, razlika je le v položaju pacienta. Aplikacija zahteva sodelovanje večjega števila (priporočeno 5 oseb) primerno usposobljenega zdravstvenega osebja. Običajno se uporabijo tudi medikamentozni ukrepi. Način nadzora se določi glede na stanje pacienta (neposredna prisotnost osebja ali opazovanje iz sosednjega prostora). Pacienta na najmanj štiri ure pregleda zdravnik, ki presodi možnost ukinitve oviranja in nadomestitve tega z manj restriktivnim ukrepom. Pri izvajanju tega PVU se upošteva trenutno veljavne smernice preprečevanja tromboz in embolij pri ležečih pacientih. Zakonska opredelitev fizičnega/mehanskega oviranja žal ni povsem korektna v strokovnem smislu: odreja namreč, da je treba oviranje s pasovi po štirih urah prekiniti. Pri številnih pacientih je prekinitve ukrepa mogoča tudi prej, v posameznih primerih pa bi ob vztrajanju hude agitacije ali agresivnosti z neindicerano prekinitvijo ukrepa pacienta in osebje izpostavili nesprejemljivemu varnostnemu tveganju. V takih primerih se ne priporoča prekinitve ukrepa, dokler ni dosežen njegov cilj (ZDZdr, 2008; Kovač, 2012; Zemljič & Lešnik, 2017; Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu, 2018).

Omejitev gibanja znotraj enega prostora je PVU, ki se v slovenskih psihiatričnih bolnišnicah trenutno ne izvaja. Gre za omejitev gibanja posameznega pacienta z duševno motnjo v manjšem, varnem prostoru oziroma izolacijski sobi. Ta soba je

posebej izolirana in pacient se lahko v njej svobodno giblje, pri tem pa je soba opremljena tako, da se pacient ne more poškodovati. PVU naj bi ublažil agitacijo in agresivnost podobno kot fizično/telesno oviranje s pasovi (ZDZdr, 2008; McLaughlin, et al., 2016; Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu, 2018; Bregar, 2019).

Med medikamentozni PVU prištevamo aplikacijo različnih zdravil, ki pomirijo oziroma umirijo pacienta (Kovač, 2012).

Med načine posegov v pacientovo osebno svobodo pa ne spadajo samo PVU, ampak tudi različne oblike nadzorov, kot sta diskretni nadzor in stalni nadzor. Diskretni nadzor je ena od oblik obravnave, ki ne posega v prosto gibanje pacienta, temveč pomeni povečano pozornost osebja, ki pacienta spremlja pri njegovih dejavnostih na oddelku, pri čemer ima pacient še vedno ohranjeno delno zasebnost in nima občutka, da je pod nadzorom (Manna, 2010; McLaughlin, et al., 2016; Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu, 2018). To se lahko uporabi pri nekaterih novo sprejetih pacientih intenzivne oddelke (oddelke pod posebnim nadzorom), kadar ocenimo, da je nadzor potreben zaradi čimprejšnjega ukrepanja ob zapletu ali poslabšanju (npr. neurejena epilepsija, nejasne samomorilne grožnje, nevarnost padca in drugo). Časovne intervale diskretnega nadzora opredeli zdravnik glede na pacientovo stanje (na primer na 10–15 min) (Manna, 2010; Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu, 2018).

Stalni nadzor pomeni neprestano varovanje pacienta s strani vsaj enega člana osebja, pri čemer pacienti gibalno niso omejeni. Pri enakih skupinah pacientov se uporabi kot diskretni nadzor, vendar je pri njih zelo velika verjetnost zapleta in so nevarni sebi in drugim (jasno izražena samomorilnost, delirantno skaljena zavest, velika nevarnost samopoškodbe, nestabilne vitalne funkcije) (Park & Bowers, 2001; Manna, 2010; Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu, 2018). Slednji so običajno mlajši in trpijo zaradi akutne psihoze ali depresije (Park & Bowers, 2001). Zaradi narave ukrepa ga je mogoče izvajati le na intenzivnih oddelkih (oddelkih pod posebnim

nadzorom) (Manna, 2010; Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu, 2018).

Med ukrepe, ki tudi zagotavljajo varnost poleg PVU in različnih oblik nadzorov prištevamo tudi uporabo ograjice na postelji. Ograjico na postelji se uporabi pri ležečih pacientih, večinoma pri starostnikih in telesno oslabeledih. Večinoma se ograjica uporabi ponoči, lahko pa tudi čez dan. Namen je preprečitev padcev iz postelje. Za primerno spremljanje izvajanja tega ukrepa se odločimo skladno s stanjem pacienta (Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu, 2018).

Pri uporabi PVU pri pacientih z duševno motnjo je zelo pomembno, da se zavedamo različnih posledic, ko želimo pacientom zagotoviti varnost in jih pomiriti; z uporabo PVU namreč nastane veliko tveganje, da pride do različnih posledic za paciente z duševno motnjo. Z izvajanjem PVU lahko povzročimo posledice, kot so različne infekcije, poškodbe kože, mišic in kosti, razjede zaradi pritiska, kontrakture, tromboze, večje možnosti padcev in v najhujših primerih smrt (Strout, 2010). Povzročimo lahko tudi različne posledice v duševnem stanju pacienta, kot so strah, negativni občutki prisile, pretirana zaskrbljenost, paranoja, občutki zasmehovanja in drugo (Mielau, et al., 2015). Uporaba PVU na pacienta z duševno motnjo ne sme delovati sramotilno oziroma dajati občutka, da gre za ukrep, s katerim bi ga kaznovali (Bregar, et al., 2012). Izvajanje PVU predstavlja enega najbolj stresnih dogodkov za pacienta z duševno motnjo, kot tudi za osebje in ga udeleženci doživljajo kot travmatičnega, nehumanega in poniževalnega. Gre tudi za eno največjih etičnih dilem ter hkrati največje psihofizične obremenitve za osebje, saj je tveganje za nastanek poškodb izredno visoko (Čuk, 2010; Zemljič & Lešnik, 2017; Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu, 2018).

Vsak sprejem pacienta na oddelek pod posebnim nadzorom ali intenzivni varovani oddelek je lahko vedno stresen zaradi morebitnih slabih izkušenj ali napačnih zaznav in predstav. Temelj zdravstvene nege na psihiatričnem področju je terapijska komunikacija, sposobnost empatije in zaupanje (Čuk, 2010) ter korekten odnos med medicinsko sestro in pacientom z duševno motnjo (Fitzpatrick, 2016), kar nam

omogoča, da lahko tudi v urgentnih stanjih za nevarnost agresije pacienta z duševno motnjo PVU uspešno preprečimo.

Pri PVU gre za eno izmed najbolj invazivnih intervencij v zdravstveni negi v psihiatriji, kjer lahko pride do neželenih učinkov in posledic, ki lahko vplivajo na zdravje ali življenje pacientov z duševno motnjo, zato moramo poznati tveganja pri uporabi PVU.

2 EMPIRIČNI DEL

Negativni učinki in posledice PVU v psihiatriji v Sloveniji niso raziskani, zato je pomembno, da slovensko strokovno javnost seznanimo z različnimi možnimi posledicami PVU.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil s sistematičnim pregledom literature preučiti neželene učinke in posledice izvajanja PVU v psihiatriji ter na koncu izdelati uporabno preglednico posledic PVU za opozorilo izvajalcem teh ukrepov pri odločanju za PVU.

Cilja diplomskega dela sta:

- ugotoviti vrste neželenih učinkov PVU v psihiatriji,
- ugotoviti možne posledice PVU za pacienta z duševno motnjo.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Zastavili smo si naslednji raziskovalni vprašanja:

- Katere so vrste neželenih učinkov PVU v psihiatriji?
- Katere so možne posledice PVU za pacienta z duševno motnjo?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V diplomskem delu smo uporabili pregled tuje in domače znanstvene literature s sistematičnim pristopom dela.

2.3.1 Metode pregleda literature

Za iskanje podatkov za diplomsko delo smo uporabili podatkovne baze CINAHL, Google učenjak, PubMed, Wiley Online, Springer Link in COBISS. Pri iskanju smo uporabili samostojne ključne besede: »posebni varovalni ukrepi« in naslednje kombinacije ključnih besed, ki so povezane z Boolovim operatorjem »AND«: »coercive measures« AND »patient experience«, »coercive measures« AND »adverse effects«,

»coercive measures« AND »consequences«, »mechanical restraints« AND »patient experience«, »mechanical restraints« AND »adverse effects«, »mechanical restraints« AND »consequences«. V PubMedu smo ključne besede nizali brez Boolovih operatorjev. V podatkovnih bazah smo postavili naslednje omejitvene kriterije: objava članka med letoma 2010 in 2020, dostopnost celotnega besedila člankov v angleščini in slovenščini, povezanost s psihiatrijo, članki s kvalitativno ali kvantitativno raziskovalno zasnovno in sistematični pregledni članki.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Sistematični pregled literature smo prikazali shematsko in tabelarično. Shematsko smo pregled literature prikazali po Moherju in sodelavcih (2009) s pomočjo PRIZMA diagrama, ki prikazuje izbrane kriterije, ki vplivajo na uvrstitev člankov v končno analizo. Tabelarični prikaz (tabela 1) zajema baze podatkov, ključne besede, število zadetkov, izbrane zadetke za pregled v polnem besedilu in izbrane zadetke za končno analizo po pregledu v polnem besedilu. Skupno število pridobljenih zadetkov po omejitvenih kriterijih znaša 161091. Po naslovih smo pregledali 1984 zadetkov in pridobili 233 zadetkov, ki so bili ustrezni za pregled izvlečkov. Glede na prebrane izvlečke člankov, smo jih v polnem besedilu pregledali 66 in v končno analizo vključili 13.

Tabela 1: Rezultati sistematičnega pregleda literature

Baza podatkov	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu	Izbrani zadetki za končno analizo po pregledu v polnem besedilu
CINAHL	»coercive measures« AND »patient experience«	5	2	1
	»coercive measures« AND »adverse effects«	3	1	1

Baza podatkov	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadelki za pregled v polnem besedilu	Izbrani zadelki za končno analizo po pregledu v polnem besedilu
	»coercive measures« AND »consequences«	3	1	0
	»mechanical restraints« AND »patient experience«	8	2	1
	»mechanical restraints« AND »adverse effects«	9	1	1
	»mechanical restraints« AND »consequences«	4	1	0
Google učenjak	»coercive measures« AND »patient experience«	17800	8 (pregledali smo prvih 230 zadetkov po naslovih, v nadaljevanju naslovi niso več izražali relevantne vsebine)	2
	»coercive measures« AND »adverse effects«	17900	3 (pregledali smo prvih 180 člankov po naslovih, v nadaljevanju naslovi niso več izražali relevantne vsebine)	0
	»coercive measures« AND »consequences«	20600	1 (pregledali smo prvih 260 člankov po naslovih, v nadaljevanju članki niso več izražali relevantne vsebine)	1
	»mechanical restraints« AND »patient experience«	17900	5 (pregledali smo prvih 210 člankov po naslovih, v nadaljevanju naslovi niso več izražali relevantne vsebine)	0
	»mechanical restraints« AND »adverse effects«	17900	4 (pregledali smo prvih 160 člankov po naslovih, v nadaljevanju naslovi niso več izražali relevantne vsebine)	0
	»mechanical restraints« AND »consequences«	19700	6 (pregledali smo prvih 220 člankov po naslovih, v nadaljevanju naslovi niso več izražali relevantne vsebine)	0
PubMed	»coercive measures« »patient experience«	30	7	2
	»coercive measures« »adverse effects«	1	1	1
	»coercive measures« »consequences«	18	3	0

Baza podatkov	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zasedki za pregled v polnem besedilu	Izbrani zasedki za končno analizo po pregledu v polnem besedilu
	»mechanical restraints« »patient experience«	13	1	1
	»mechanical restraints« »adverse effects«	13	0	0
	»mechanical restraints« »consequences«	3	1	0
Wiley Online	»coercive measures« AND »patient experience«	2	0	0
	»coercive measures« AND »adverse effects	3332	2 (pregledali smo prvih 100 zadetkov po naslovih, v nadaljevanju naslovi niso več izražali relevantne vsebine)	0
	»coercive measures« AND »consequences«	11074	2 (pregledali smo prvih 80 zadetkov po naslovih, v nadaljevanju naslovi niso več izražali relevantne vsebine)	0
	»mechanical restraints« AND »patient experience«	2	0	0
	»mechanical restraints« AND »adverse effects«	7198	1 (pregledali smo prvih 50 zadetkov po naslovih, v nadaljevanju naslovi niso več izražali relevantne vsebine)	0
	»mechanical restraints« AND »consequences«	16514	1 (pregledali smo prvih 60 zadetkov po naslovih, v nadaljevanju naslovi niso več izražali relevantne vsebine)	0
Springer Link	»coercive measures« AND »patient experience«	1	0	0
	»coercive measures« AND »adverse effects«	1138	4 (pregledali smo prvih 60 zadetkov po naslovih, v nadaljevanju naslovi niso več izražali relevantne vsebine)	2
	»coercive measures« AND »consequences«	5903	3 (pregledali smo prvih 80 zadetkov po naslovih, v nadaljevanju naslovi niso več izražali relevantne vsebine)	0

Baza podatkov	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu	Izbrani zadetki za končno analizo po pregledu v polnem besedilu
	»mechanical restraints« AND »patient experience«	1	0	0
	»mechanical restraints« AND »adverse effects«	1117	2 (pregledali smo prvih 60 zadetkov po naslovih, v nadaljevanju naslovi niso več izražali relevantne vsebine)	0
	»mechanical restraints« AND »consequences«	2881	2 (pregledali smo prvih 100 člankov po naslovih, v nadaljevanju naslovi niso več izražali relevantne vsebine)	0
COBISS	»posebni varovalni ukrepi«	18	1	0
Drugi viri	/	/	/	/
Skupaj	/	161091	66	13

2.3.3 Opis obdelave podatkov

V našem diplomskem delu analiza izbora literature temelji na vsebinski ustreznosti in na dostopnosti. V sistematični pregled literature smo uvrstili le vire, ki obravnavajo neželene učinke in posledice izvajanja posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji. Analizo virov smo izvedli po principu kvalitativne vsebinske analize podatkov, ki je izvedena po usmeritvah Vogrinca (2008). Uporabili smo tehniko odprtega kodiranja in posledično oblikovanje vsebinskih kategorij. V procesu analize izbranih virov v sistematičnem pregledu literature smo v rezultatih, razpravi in zaključkih iskali ključno vsebino, ki je povezana z našimi cilji. Ključni izbrani vsebini smo v procesu kodiranja dodajali pomensko podobne kode (Vogrinec, 2008), ki smo jih v nadaljevanju kategorizirali. Kvalitativno raziskovanje temelji na vračanju, preverjanju in utrjevanju ugotovitev, ki jih v času postopka sprejmemo in uporabimo (Mesec, 1998).

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Hierarhijo dokazov, vključenih raziskav, smo določili po Politu in Becku (2018), ki navajata 8 nivojev hierarhije (tabela 2). Nivo 1: sistematični pregled dokazov, nivo 2: dokazi kliničnih vzročnih randomiziranih raziskav, nivo 3: dokazi nerandomiziranih raziskav (kvazi eksperiment), nivo 4: dokazi prospektivnih kohortnih raziskav, nivo 5: dokazi retrospektivnih raziskav s kontrolami, nivo 6: dokazi presečnih raziskav, nivo 7: dokazi celostnih kvalitativnih raziskav in nivo 8: mnenja strokovnjakov, poročila posameznih primerov. Največ dokazov smo zbrali na nivoju 7 (Sibitz, et al., 2011 Lanthén, et al., 2015; Mielau, et al., 2015 Mielau, et al., 2017 Tingleff, et al., 2018).

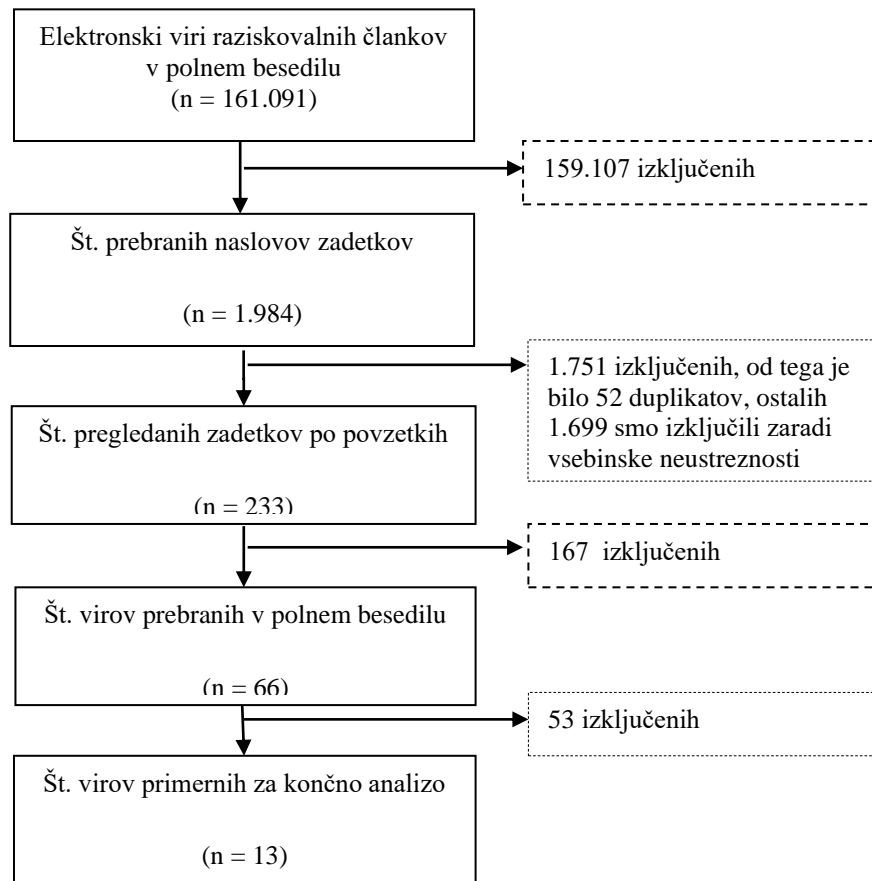
Tabela 2: Hierarhija dokazov

Hierarhija dokazov	Število vključenih strokovnih virov
Nivo 1 Sistematični pregled dokazov	1
Nivo 2 Dokazi kliničnih vzročnih randomiziranih raziskav	4
Nivo 3 Dokazi nerandomiziranih raziskav (kvazi eksperiment)	0
Nivo 4 Dokazi prospektivnih kohortnih raziskav	1
Nivo 5 Dokazi retrospektivnih raziskav s kontrolami	0
Nivo 6 Dokazi presečnih raziskav	2
Nivo 7 Dokazi celostnih kvalitativnih raziskav	5
Nivo 8 Mnenja strokovnjakov, poročila posameznih primerov	0

(Vir: Polit & Beck, 2018)

2.4 REZULTATI

Rezultate smo shematsko prikazali s pomočjo PRIZMA diagrama (slika 1). V podatkovnih bazah smo s postavljenimi omejitvenimi kriteriji skupaj pridobili 161.091 rezultatov. V podatkovnih bazah Google učenjak, Wiley Online in Springer Link smo pri nekaterih iskalnih nizih dobili nepregledno število zadetkov, zato smo pregledali toliko posameznih strani zadetkov, dokler nismo ugotovili, da so zadetki po naslovih postali nerelevantni glede na naše cilje pregleda literature. To smo podrobneje opisali v tabeli 1. Zaradi nerelevantnosti naslovov smo 159.107 člankov izključili in pridobili 1.984 člankov, ki smo jih pregledali po naslovih. Po pregledu naslovov v vseh bazah smo v nadaljevanju izključili 1.751 člankov, od tega je bilo 52 duplikatov in 1.699 naslovov, ki vsebinsko niso bili ustrezni, ter na koncu zajeli 233 člankov, katerih povzetke smo podrobneje prebrali. Glede na povzetke smo nato izključili 167 člankov in dobili 66 člankov, ki smo jih prebrali v polnem besedilu. Po pregledu člankov v polnem besedilu smo izključili še 53 člankov in za končno analizo pridobili 13 člankov, ki so ustrezali vsem kriterijem za vključitev v diplomsko delo.



Slika 1: PRIZMA diagram

(Vir: Moher, et al., 2009)

V tabeli 3 smo rezultate prikazali po avtorju in letu objave, raziskovalnem dizajnu, namenu ter vzorcu in državi. Tabela prikazuje ključna spoznanja raziskav, ki smo jih uvrstili v pregled literature.

Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor in leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen raziskave	Vzorec in država	Ključna spoznanja
Aguilera-Serrano, et al., 2017	Sistematični pregled randomiziranih raziskav = meta-analiza	Predstaviti dokaze o dejavnikih, ki lahko vplivajo na pacientovo subjektivno izkušnjo epizode mehanskega oviranja, izolacije ali prisilnega dajanja zdravil.	N = 34 vključenih virov, Španija	Najpogostejši dejavniki, ki vplivajo na subjektivno izkušnjo pacientov, izpostavljenih PVU, so vedenje osebja do pacientov, zagotavljanje informacij, stik in interakcija z njimi, komunikacija, izražanje empatije, spoštovanje, humano ravnanje in podpora pacientov ter kakovost delovnega in fizičnega okolja. Dokazi raziskave kažejo, da so izkušnje pacientov izpostavljenih PVU v večini negativne in pogosto povzročajo škodljive učinke. Pacienti najpogosteje subjektivno občutijo PVU kot občutek tesnobe, strahu, nemoči, žalosti, jeze, besa, osamljenosti, PVU doživljajo kot kazen, počutijo se, kot da jih osebje trpinči, imajo občutek odvzema lastne svobode, pojavi se nezaupanje v ljudi in pacienti doživljajo telesne bolečine, kar predstavlja tudi zelo velik dejavnik za pojav posttravmatske stresne motnje.
Bergk, et al., 2010	Kvantitativna raziskovalna zasnova – randomizirana klinična raziskava	Prikazati najpogostejše subjektivne izkušnje pacientov, ki so bili izpostavljeni PVU.	N = 200 pacientov z duševnimi motnjami (shizofrena motnja, afektivna motnja in osebne motnje), ki so bili izpostavljeni PVU, Nemčija	Analiza raziskave ocenjuje subjektivne izkušnje pacientov, izpostavljenih PVU, in ugotavlja šest najpogostejših subjektivnih izkušenj, ki jih pacienti, izpostavljeni PVU, doživljajo. Rezultati analize šestih subjektivnih izkušenj so bili pridobljeni s pomočjo vprašalnika, ki je bil sestavljen iz dveh delov. Primarno je vseboval 44 postavk, od katerih je 9 postavk predstavljalo omejevanje človekovih pravic med izvajanjem PVU in 35 postavk stresorje, ki jih PVU povzročajo. Analiza rezultatov je pokazala šest najpogostejših subjektivnih izkušenj pacientov, izpostavljenih PVU, ki jih je navajalo kar 54,4 % celotnega vzorca. Naslovljene so bile: 'ponižanje', 'fizični škodljivi učinki', 'ločitev', 'negativno okolje', 'strah' in 'prisila'. Med raziskavo so bile ugotovljene tudi druge subjektivne izkušnje PVU, kot so lakota, žeja, umazanija, strah pred osamljenostjo, občutek dolgčasa, neslišnost, bolečina zaradi pasov, nezmožnost praskanja ob srbečici, a je bila njihova pogostost nižja od 50 % in niso bili vključeni med najpogostejše subjektivne izkušnje izvajanja PVU. Raziskava poudarja, da so potrebne nadaljnje raziskave, da bi ugotovili diagnostične, terapevtske ali prognozične posledice izvajanja PVU.
Georgieva, et al., 2012	Kvantitativna raziskovalna	Oceniti učinkovitost in	N = 125 pacientov, 65 %	Raziskava primerja učinkovitost izvajanja PVU in subjektivne izkušnje pacientov med štirimi vrstami PVU: izolacijo, prisilnim jemanjem zdravil, ter dvema kombiniranima

Avtor in leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen raziskave	Vzorec in država	Ključna spoznanja
	zasnova – presečna raziskava	subjektivne stiske pacientov, ki so bili izpostavljeni različnim vrstam PVU.	moških in 35 % žensk, od tega je 39 % pacientov trpelo za psihozami, 33 % pacientov za motnjami razpoloženja, 26 % pacientov za odvisnostjo od psihoaktivnih substanc, 12 % pacientov za osebnostnimi motnjami in 4 % pacientov za posttravmatsko stresno motnjo, Nizozemska	ukrepoma: kombinacija izolacije in prisilnega jemanja zdravil ter kombinacija izolacije s fizičnim/mehanskim oviranjem. Rezultati raziskave kažejo, da ni večjih razlik v učinkovitosti zdravljenja med prej naštetimi ukrepi. Duševno zdravje in vedenje se je pri vseh štirih ukrepih izboljšalo. Ugotavlja pa pomembno razliko v doživljanju PVU med pacienti, ki so bili izpostavljeni kombiniranim PVU in samostojnim PVU. Kombinirana PVU, kot sta izolacija v kombinaciji s prisilnim jemanjem zdravil in izolacija v kombinaciji s fizičnim/mehanskim oviranjem, sta povzročila bistveno večje subjektivne stiske in več fizičnih škodljivih učinkov, večji občutek izolacije in prisile, zdravljenje so pacienti doživljali bolj ponižujoče v primerjavi s samostojnima PVU, ki jih obravnava raziskava. Raziskava poudarja, da se je zaradi več neželenih učinkov treba izogibati kombinaciji prisilnih ukrepov, ter kaže, da so ženske in mlajši poročali, da PVU doživljajo bolj obremenjujoče v primerjavi z moškimi.
Guzmán-Parra, et al., 2019	Kvantitativna raziskovalna zasnova – randomizirana klinična raziskava	Analizirati zaznavanje prisile, posttravmatskega stresa in subjektivnega zadovoljstva z zdravljenjem, povezanim z uporabo PVU.	N = 111 pacientov z duševnimi motnjami, razdeljenih v tri skupine, in sicer 41 pacientov, ki so neprosto voljno prejeli zdravila, 32 pacientov, ki so bili fizično/telesno zadržani in 38 pacientov s	Rezultati raziskave kažejo, da so pacienti, ki so bili fizično/mehansko ovirani, in pacienti s kombiniranimi ukrepi podvrženi veliko večjemu tveganju za posttravmatsko stresno motnjo, manjšim zadovoljstvom s hospitalizacijo in tveganjem za daljšo hospitalizacijo v primerjavi s pacienti, ki so prisilno prejeli zdravila. Raziskava poudarja, da se je treba izogibati fizičnemu/mehanskemu oviranju in kombiniranju fizičnega/mehanskega oviranja s prisilnim jemanjem zdravil, da bi se izognili nezadovoljstvu med zdravljenjem in neželenim učinkom, kot je posttravmatska stresna motnja.

Avtor in leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen raziskave	Vzorec in država	Ključna spoznanja
			kombinacijo teh dveh ukrepov, Španija	
Lanthén, et al., 2015	Kvalitativna raziskovalna zasnova – intervju	Preučiti izkušnje pacientov z duševno motnjo, ki so bili fizično/mehansko ovirani, in opisati oskrbo, ki so jo v tem času prejeli.	N = 10 pacientov z diagnozami psihoze, bipolarni motnje in nevarnosti za samopoškodbo, Švedska	Raziskava, ki preučuje izkušnje psihiatričnih pacientov, ki so bili fizično/mehansko ovirani, kaže, da fizična prisotnost osebja med izvajanjem fizičnega/mehanskega oviranja, miren glas, empatični odnos in nežen pristop pozitivno vplivajo na izkušnjo fizičnega/mehanskega oviranja pacienta in zmanjšujejo nezadovoljstvo pacientov. Prav tako k pozitivni izkušnji pripomore pozitivna naravnost zdravstvenih delavcev do pacientov, saj so pacienti v teh situacijah zelo ranljivi. V nasprotnem primeru, če se osebe do pacientov vede neprofesionalno, ostro, hladno in jim ne prisluhne, lahko fizično/mehansko oviranje predstavlja zelo travmatično izkušnjo. Pacienti fizično/mehansko oviranje v tem primeru doživljajo kot zlorabo, imajo občutke strahu, nemoči, jeze, počutijo se negotovo, neresnično. Poveča se tveganje za telesne poškodbe. Velikokrat izgubijo nadzor nad sabo ter orientacijo v prostoru in času, posledično pa imajo zaradi fizičnega/mehanskega oviranja težave s spanjem. Raziskava poudarja pomen dobre izobraženosti zdravstvenega osebja o PVU, da preprečijo posledice, ki nastanejo zaradi uporabe teh ukrepov.
Mielau, et al., 2015	Kvalitativna raziskovalna zasnova – intervju	Preučiti odnos do prisilnih ukrepov pri zdravih posameznikih v primerjavi s pacienti, ki trpijo za shizofrenijo, shizofreno ali bipolarno motnjo.	N = 90 pacientov s shizofrenijo, shizofreno ali bipolarno motnjo; N = 60 zdravih prostovoljcev, Nemčija	Raziskava je primerjala odnos do PVU med zdravimi prostovoljci in pacienti z določenimi duševnimi motnjami, kot so shizofrenija, shizofrena ali bipolarna motnja, in tistimi, ki že imajo izkušnje s PVU, in ugotovila, da ni večjih oz. pomembnejših razlik v njihovem odnosu do PVU. Ugotovili so, da PVU negativno vplivajo na paciente. Raziskava prikazuje, da intervjuvanci PVU doživljajo kot omejevanje človekovih pravic, poniževanje, kaznovanje, neposredno grožnjo, izgubo dostojanstva, doživljajo strah, strah pred zadušitvijo, bolečine, mraz, čutijo potrebo po umivanju, uporabi stranišča, izkušnjo s PVU na splošno doživljajo kot travmatizirajočo. Rezultati raziskave poudarjajo pomen kakovostnega izvajanja PVU v izogib negativnim učinkom in posledicam.
Mielau, et al., 2017	Kvalitativna raziskovalna zasnova – intervju	Preučiti kako PVU vpliva na odnos pacientov	N = 79 pacientov s psihotičnimi in	Raziskava je pokazala, da pacienti najpogosteje subjektivno doživljajo PVU kot stisko, poniževanje, počutijo se osamljene, ločene od ostalih, sram jih je, počutijo se ogorčeni, imajo občutke strahu. Raziskava dokazuje, da način, kako pacienti subjektivno doživljajo

Avtor in leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen raziskave	Vzorec in država	Ključna spoznanja
		do psihiatrije.	bipolarnimi motnjami, Nemčija	PVU, neposredno vpliva na odnos pacienta do psihiatrije. Slabe subjektivne izkušnje povečajo verjetnost, da bodo pacienti v prihodnosti psihiatrijo zaznavali kot negativno.
Nyttingens, et al., 2016	Kvalitativna raziskovalna zasnova – tematska analiza zapiskov s seminarjev z mešanico induktivnega in deduktivnega kodiranja	Prikazati subjektivna doživljanja pacientov, ki so bili v preteklosti izpostavljeni PVU.	N = 100 udeležencev 15 seminarjev o prisili v psihiatriji v Oslu na Norveškem, od tega 35 pacientov, ki so bili v preteklosti izpostavljeni PVU, 20 strokovnjakov za duševno zdravje, 15 raziskovalcev, pravnikov, novinarjev ali študentov, 10 zdravstvenih delavcev in 20 udeležencev, o katerih ni bilo na voljo informacij, Norveška	Raziskava je sestavljena iz podrobne analize 15 seminarjev o PVU v Oslu na Norveškem med letoma 2006 in 2009. S kodiranjem podatkov so raziskovalci razvili dva modela, ki razlagata doživljanje uporabe PVU. Prvi od modelov je 'model duševne krize', ki je nastal po uporabi PVU in se kaže z občutki ponižanja, zlorabe, duševne stiske, prestrašenosti, občutka razčlovečenosti, pacienti so uporabljali zelo močne izraze, kot so nacizem, komunizem, primerjava s koncentracijskimi taborišči. Drugi model se imenuje 'pomanjkanje glasu' in nakazuje na to, da so bile pacientove želje in pritožbe neuslišane, dobili so večkratne negativne pripombe in občutek manjvrednosti. Raziskava kaže, da nekateri bolniki kritizirajo PVU z izredno močnimi besedami. To je lahko povezano s slabšimi odnosi z osebjem in neugodnimi rezultati zdravljenja.
Rüsch, et al., 2013	Kvantitativna raziskovalna	Prikazati, ali stigmatizacija	N = 186 pacientov z	Raziskava, ki je bila narejena med 186 pacienti, ki so že bili prisilno hospitalizirani in imajo izkušnje s PVU, kaže, da je do pacientov z duševnimi obolenji izoblikovana

Avtor in leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen raziskave	Vzorec in država	Ključna spoznanja
	zasnova – randomizirana klinična raziskava	pacientov, ki so bili prisilno sprejeti in izpostavljeni PVU, vpliva na čustvene reakcije in kakovost življenja.	duševnimi motnjami, ki so bili vsaj enkrat prisilno hospitalizirani in imajo izkušnje s PVU, Nemčija	stigma. Raziskava ugotavlja, da stigmatizacija zelo negativno vpliva na paciente z duševnimi obolenji. Hospitalizacija za njih v veliki meri povzroči čustvene reakcije, kot so občutki sramu, samoprezira, stresa. Stigmatizacija lahko zelo negativno vpliva na doživljanje samega sebe, poveča se samostigma, zmanjša se samozavest, zmanjša se opolnomočenje samega sebe in v veliki meri se poslabša kakovost življenja.
Sibitz, et al., 2011	Kvalitativna raziskovalna zasnova – intervju	Predstaviti, kako pacienti doživljajo uporabo PVU in kako te izkušnje vplivajo na njihovo življenje v prihodnosti	N = 15 pacientov z duševnimi motnjami, ki so bili izpostavljeni PVU, od tega 7 žensk in 8 moških, Avstrija	Raziskava vključuje 7 žensk in 8 moških, ki so že imeli izkušnje s PVU. Intervjuvani so bili z namenom prikazati, kako so doživljali PVU in kako so te izkušnje vplivale na njihovo življenje. Ugotovljene so bile tri različne perspektive izkušenj pacientov: nujna zavora v sili v smislu, da pri pacientu ni drugega možnega zdravljenja kot z uporabo PVU, nepotrebno pretiravanje zdravstvenega osebja v smislu neupravičenega ravnanja do pacienta in praksa, ki jo je treba izboljšati. Raziskava je pokazala, da pacienti uporabo PVU doživljajo zelo travmatizirajoče, nočejo govoriti o tem, se je spominjati, doživljajo občutke manjvrednosti, ranljivosti, negotovosti, strahu. Pacienti dojemajo, da uporaba PVU zelo negativno vpliva na njihovo nadaljnje življenje; v veliki meri namreč izražajo, da je ta izkušnja zelo negativno vplivala na njihovo samozavest, njihovo družbeno življenje je zelo okrnjeno, saj se okolica pacientov, ki so bili ovirani, izogiba, se jih boji, ne jemlje jih resno, jih diskriminira, ustvari se stigma. Ti pacienti imajo tudi materialne posledice, saj pravijo, da ne morejo dobiti življenjskega zavarovanja, vozniško dovoljenje jim je časovno omejeno, kar posledično pomeni tudi socialno ogroženost. Raziskava poudarja, da je treba izvajanje PVU bistveno izboljšati, da bi preprečili morebitne neželene učinke, ki jih pri pacientih povzroči uporaba PVU.
Steinert, et al., 2013	Kvantitativna raziskovalna zasnova – prospektivna randomizirana raziskava	Oceniti stališča pacientov, ki so bili izpostavljeni fizičnemu/mehanskem oviranju in osamitvi takoj po	N = 102 pacientov, ki so bili izpostavljeni fizičnemu/mehanskem oviranju in osamitvi za prvotno	Raziskava je bila sestavljena iz prvotne in nadaljnje raziskave. V obeh raziskavah so anketirali iste posameznike, le da so jih v nadaljnji raziskavi zaradi različnih razlogov anketirali samo 59 %. Ugotovili so, da po analizi poročanja anketirancev v prvotni študiji ni bistvenih razlik med doživljanjem fizične/mehanskega oviranja v primerjavi z osamitvijo. Pacienti v tej raziskavi poročajo, da so v obeh primerih kot negativne občutke doživeli le nelagodje ob omejitvi gibanja in stres. Raziskovalci so prvotno raziskavo primerjali z nadaljnjo in ugotovili bistvene razlike. 18 mesecev po

Avtor in leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen raziskave	Vzorec in država	Ključna spoznanja
		izpostavljenosti PVU in 18 mesecev po izpostavljenosti, ter raziskati, ali so se pojavili simptomi posttravmatske stresne motnje, povezani z izkušnjo s PVU.	raziskavo; N = 60 istih pacientov, ki so bili izpostavljeni fizičnem/mehanskem oviranju in osamitvi za nadaljnjo raziskavo, Nemčija	izpostavljenosti fizičnemu/mehanskemu oviranju in izolaciji je bilo ugotovljeno, da so pacienti, ki so bili fizično/mehansko zadržani, izražali veliko bolj negativne občutke kot takoj po izpostavljenosti. Izražali so močne občutke nemoči, napetosti, jeze, besa, strahu in razočaranja. Pacienti, ki so bili izpostavljeni osamitvi, pa 18 mesecev kasneje niso izražali bistvenih razlik doživljanju. Raziskava dokazuje, da je izolacija veliko bolj prijazna metoda PVU v primerjavi s fizičnim/mehanskim oviranjem. Raziskava je ugotovila tudi, da je pojav posttravmatske stresne motnje veliko nižji od pričakovane, čeprav se je še vedno pojavila pri 40 % anketirancev.
Tingleff, et al., 2018	Kvalitativna raziskovalna zasnova – intervju	Raziskati, kako pacienti z duševnimi obolenji zaznavajo situacije povezane fizičnim/mehanskim oviranjem in kaj doživljajo kot dejavnike za uvedbo in trajanje fizičnega/mehanskega oviranja.	N = 19 pacientov z duševnimi motnjami, ki so bili izpostavljeni fizičnemu/telesnemu oviranju, od tega 15 moških in 4 ženske, Danska	V raziskavi so bile s tematsko analizo opredeljene štiri teme, ki skupaj označujejo zaznavanje fizičnega/mehanskega oviranja: odkrite protestne reakcije, tihe protestne reakcije, vedenje, povezano z boleznijo, in mirne reakcije. Raziskava kaže, da se odkrite protestne reakcije najpogosteje kažejo z agresijo, jezo, frustracijami, grožnjami, pacient doživlja ponižanje, žalost, prisotne so fizične bolečine. Tihe protestne reakcije se kažejo kot lažna umirjenost, a pacienti še vedno zaznavajo čustva, kot sta jeza in žalost. Vedenje, povezano z boleznijo, je največkrat vzrok pomanjkanja vpogleda v lastno bolezen, najpogostejši razlog za to pa je jemanje psihoaktivnih snovi (droge, zdravila), kar se večinoma kaže kot menjavanje tihe protestne reakcije z odkrito protestno reakcijo. Mirne reakcije so podobne tihim protestnim reakcijam, le da doživljanje čustev ni tako intenzivno. Raziskava kaže, da pacienti kot dejavnik, ki najpogostejše vpliva na uvedbo in trajanje fizičnega/mehanskega oviranja, navajajo odnos zdravstvenih delavcev do njih samih. Poudarjajo, da bi se odkriti protestni reakciji lahko izognili, če bi jih osebe poslušalo, imelo ustrezno komunikacijo in zadostno mero empatije. V zvezi s pridobljenimi rezultati raziskava poudarja pomen usposobljenosti osebja glede vedenja in komunikacije med epizodami fizičnega/mehanskega oviranja.
Yap, et al., 2019	Kvantitativna raziskovalna zasnova – presečna raziskava	Opisati razloge za parantalno sedacijo in neželene učinke, ki so povezani s	N = 564 pacientov z duševnimi motnjami, ki so proti svoji volji	Raziskava je bila narejena na 564 pacientih v avstralskem urgentnem psihiatričnem oddelku. Glavna sedativna zdravila, ki so bila uporabljena v času raziskave, so bila droperidol, midazolam in olanzapin. Raziskava je pokazala, da so najpogostejši razlogi, da se zdravniki odločajo za prisilno parantalno sedacijo, psihoze, jemanje psihoaktivnih snovi in samomorilne namere. Ugotovitve raziskave kažejo, da se zaradi

Avtor in leto objave	Raziskovalni dizajn	Namen raziskave	Vzorec in država	Ključna spoznanja
		prisilnim jemanjem.	prejeli parantalno sedacijo, od tega 355 moških in 209 žensk, Avstralija	predpisovanja prej omenjenih zdravil na pacientih kažejo stranski učinki. Najpogostejši stranski učinki so hipoventilacija, nezadostna nasičenost krvi s kisikom, tahikardija, bradikardija, suha usta, zastajanje urina in tudi anafilaksija. V raziskavi je poudarjeno, da je stalno spremljanje vitalnih znakov nujno za uspešno in varno zdravljenje z zdravili za sedacijo pacienta.

V procesu kodiranja smo identificirali 75 kod, ki smo jih glede na vsebinsko povezanost združili v 4 vsebinske kategorije (tabela 4):

- družbene posledice izvajanja PVU,
- telesni/fizični škodljivi učinki in posledice izvajanja PVU,
- negativna čustva in občutki, ki jih pacienti doživljajo med izvajanjem PVU,
- psihične posledice izvajanja PVU.

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Koda	Avtorji
Kategorija 1: družbene posledice izvajanja PVU	osamljenost – omejevanje človekovih pravic – diskriminacija družbe – stigma – nizka samozavest – okrnjeno družbeno življenje – okolica se izogiba pacientom – okolica pacientov ne jemlje resno – negativno okolje – materialne posledice – slab ekonomski status – začasno vozniško dovoljenje – nekompetentnost za življenjsko zavarovanje – frustracije – neslišnost – manjvrednost – strah pred osamljenostjo N = 17	Aguilera-Serrano, et al., 2017; Bergk, et al., 2010; Mielau, et al., 2015; Mielau, et al., 2017; Nytingnes, et al., 2016; Rüschi, et al., 2013; Sibitz, et al., 2011; Tingleff, et al., 2018
Kategorija 2: telesni/fizični škodljivi učinki in posledice izvajanja PVU	fizične bolečine – mraz – potreba po umivanju – potreba po uporabi stranišča – nespečnost – tveganje za poškodbe – hipoventilacija – nezadostna nasičenost krvi s kisikom – zastajanje urina – bradikardija – tahikardija – suha usta – anafilaksija – bolečina zaradi pasov – srbečica zaradi nezmožnosti praskanja – lakota – žeja – umazanija – strah pred zadušitvijo N = 19	Aguilera-Serrano, et al., 2017; Bergk, et al., 2010; Georgieva, et al., 2012; Lanthén, et al., 2015; Mielau, et al., 2015; Tingleff, et al., 2018; Yap, et al., 2019
Kategorija 3: negativna čustva in občutki, ki jih pacienti doživljajo med izvajanjem PVU	jeza – strah – zmedenost – zgroženost – žalost – bes – stiska – ponižanje – ogorčenost – negotovost – neorientiranost – nezadovoljstvo – stres – agresija – občutek nadzora – občutek nemoči – osramočenost – zloraba – občutek ogroženosti – občutek manjvrednosti – ranljivost – občutek napetosti – odkrita protestna reakcija – tiha protestna reakcija – občutek ločitve – občutek razčlovečenosti – primerjava z nacizmom – primerjava z komunizmom – primerjava s koncentracijskim taboriščem – občutek omejevanja svobode – doživljanje kazni N = 31	Aguilera-Serrano, et al., 2017; Bergk, et al., 2010; Georgieva, et al., 2012; Guzman-Parra, et al., 2018; Lanthén, et al., 2015; Mielau, et al., 2015; Mielau, et al., 2017; Nytingnes, et al., 2016; Rüschi, et al., 2013; Sibitz, et al., 2011; Steinert, et al., 2013; Tingleff, et al., 2018
Kategorija 4: psihične	posttravmatska stresna motnja –	Aguilera-Serrano, et al., 2017;

Kategorija	Koda	Avtorji
posledice izvajanja PVU	tesnoba – nezaupanje v ljudi – izguba dostojanstva – travmatična izkušnja – negativna naravnost do psihiatrije – samoprezir – zmanjšano opolnomočenje samega sebe N = 8	Guzman-Parra, et al., 2018; Lanthén, et al., 2015; Mielau, et al., 2015; Mielau, et al., 2017; Rüschi, et al., 2013; Steinert, et al., 2013; Sibitz, et al., 2011; Tingleff, et al., 2018

2.5 RAZPRAVA

Namen našega diplomskega dela je bil preučiti neželene učinke in posledice izvajanja PVU pri pacientih z duševnimi motnjami. Na splošno lahko zaključimo, da uporaba PVU pri zdravljenju pacientov z duševnimi motnjami nanje zelo negativno vpliva; ugotovili smo namreč, da PVU povzročajo nemalo škodljivih učinkov in posledic. Ugotovili smo tudi, da PVU povzročajo posledice na družbenem področju pacienta, fizične škodljive učinke in posledice, psihične posledice ter pri pacientih med samim izvajanjem PVU vzbudijo zelo negativna čustva in občutke. Splošne zaključke bomo podrobneje dokazali v razpravi po analiziranih kategorijah.

Raziskave (Bergk, et al., 2010; Sibitz, et al., 2011; Rüschi, et al., 2013; Mielau, et al., 2015; Nytingnes, et al., 2016; Aguilera-Serrano, et al., 2017; Mielau, et al., 2017; Tingleff, et al., 2018) kažejo, da izvajanje PVU pri pacientih z duševnimi motnjami lahko povzroči velike družbene posledice, ki se kažejo na različne načine. Družbene posledice se najpogosteje kažejo kot osamljenost, ki pa zelo negativno zaznamuje družbeno življenje posameznika. Pacient z duševno motnjo se pogosto počuti, kot da ga družba odriva, ga označuje kot manjvrednega in mu ne daje odziva, zato se počuti neslišnega (Rüschi, et al., 2013; Sibitz, et al., 2011; Nytingnes, et al., 2016). Pri pacientih z duševno motnjo se pojavijo frustracije, ki pomenijo duševno stanje neugodja zaradi nasprotja med željami in možnostmi, ki jih nudi okolje (Tingleff, et al., 2018). Rüschi in sodelavci (2013) na podlagi raziskave z vključenimi 186 pacienti z duševnimi motnjami ugotavljajo, da se do pacientov, ki so bili v preteklosti prisilno hospitalizirani in imajo izkušnje s PVU, v njihovem socialnem okolju izoblikuje stigma, ki neposredno vpliva na dojemanje in vedenje družbe do pacientov z duševnimi motnjami. Avtorja Link in Phelau (2012) opisujeta, da je stigma opisovanje nečesa, kar se zdi povsem

drugačno od drugega, uporablja se tudi izraz *znamka*, ki pomeni nekakšno socialno oznako oseb in jih povezuje z negativnimi stereotipi ali nagnjenosti k izključitvi in diskriminaciji. Stigmatizacija pacientov z duševnimi motnjami izredno negativno vpliva na njihovo življenje, saj čutijo, da se jih okolica v veliki meri izogiba in jih diskriminira, posledično pa pri njih to povzroča čustvene reakcije, kot so občutki sramu in samoprezira, ter vzbudi negativno doživljanje samega sebe in samostigmatizacijo (Sibitz, et al., 2011; Rüsck, et al., 2013). Zaradi tega je njihovo družbeno življenje zelo okrnjeno in okolje, v katerem živijo, opisujejo kot negativno (Bergk, et al., 2010). Pacienti čutijo, da imajo zaradi duševne motnje tudi materialne posledice, saj so v veliki meri prikrajšani pri določenih osnovnih življenjskih zadevah, kot je voziško dovoljenje, ki ga zaradi bolezni ne morejo podaljšati za stalno, ampak le začasno, poleg tega si ne morejo zagotoviti življenjskega zavarovanja, kar skupno pomeni več stroškov in slabši ekonomski status osebe z duševno motnjo (Sibitz, et al., 2011). Ena od negativnih družbenih posledic za paciente je tudi omejevanje človekovih pravic (Mielau, et al., 2015). Pacienti velikokrat navajajo nezadovoljstvo, saj imajo občutek, da so med izvajanjem PVU izgubili dostojanstvo in da po končani hospitalizaciji ne morejo normalno živeti naprej, saj jih družba ne odobrava več enako (Nyttingens, et al., 2016). Kar pa se seveda ne bi smelo dogajati, saj mora biti zagotovljena nedotakljivost človekove telesne in duševne celovitosti, ter pravica do osebnega dostojanstva in varnosti (Ustava Republike Slovenije (URS), 1991). Pacientovo osebnost in dostojanstvo je treba spoštovati v tej meri, da nihče ni socialno zaznamovan zaradi svojega zdravstvenega stanja ter vzrokov, posledic in okoliščin tega stanja ali zdravstvene obravnave, ki je bil zaradi tega deležen (Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), 2008). Pacienti zato ne morejo več normalno zaživeti, saj se jim veliki meri poslabša kakovost življenja (Rüsck, et al., 2013).

Negativni učinki in posledice izvajanja PVU pri pacientih z duševno motnjo pa se ne kažejo samo na družbenem področju pacienta, temveč povzročajo tudi telesne/fizične škodljive učinke in posledice. Raziskave (Bergk, et al., 2010; Georgieva, et al., 2012; Mielau, et al., 2015; Aguilera-Serrano, et al., 2017; Tingleff, et al., 2018) kažejo, da so eden od najpogostejših škodljivih učinkov PVU fizične bolečine, ki jih pacienti z duševno motnjo občutijo med izvajanjem PVU. Razlog, da pacienti z duševno motnjo

med izvajanjem PVU občutijo bolečino, je v večini primerov uporaba pasov pri izvajanju fizičnega/mehanskega oviranja (Bergk, et al., 2010, Strout, 2010). To pa je v nasprotju s pacientovimi pravicami, saj mu je omogočeno, da se pri zdravstveni obravnavi po strokovnih standardih preprečijo nepotrebne bolečine in drugo trpljenje, povezano z medicinskim posegom (ZPacP, 2008). Lanthén in sodelavci (2015) v svoji raziskavi, ki analizira zaznavanje prisile, posttravmatskega stresa in subjektivnega zadovoljstva z zdravljenjem, povezanim z uporabo PVU, ugotavljajo, da so pacienti z duševnimi motnjami, ki so bili fizično/mehansko ovirani, podvrženi veliko večjemu tveganju za poškodbe. Strout (2010) pa navaja, da z uporabo fizičnega/mehanskega oviranja pri pacientih z duševno motnjo lahko povzročimo posledice, kot so različne infekcije in poškodbe kože, mišic in kosti zaradi pasov. Lahko pride tudi do nastanka razjed zaradi pritiska ob uporabi pasov med fizičnim/mehanskim oviranjem (Strout, 2010; Chieze, et al., 2019), kar pomeni lokalno omejeno poškodbo celic/tkiva zaradi direktnega pritiska na kožo ali delovanja strižne sile, ki povzročijo mehansko okvaro tkiv (Campbell & Parish, 2010). Uporaba fizičnega/mehanskega oviranja lahko pri pacientu z duševno motnjo povzroči tudi različne zaplete, kot so nastanek kontraktur oziroma otrdelosti sklepov, poveča se tveganje za nastanek tromboze oziroma krvnih strdkov, možnost padcev je večja. Zaradi teh zapletov pa se lahko podaljša čas hospitalizacije in poveča smrtnost pacientov (Strout, 2010). Zaradi uporabe pasov pri fizičnem/mehanskem oviranju se pri pacientih z duševno motnjo lahko na koži pojavi srbečica, posledično pa tudi veliko neugodje, saj zaradi oviranja pacient ne more premikati okončin in se popraskati na mestu, kjer ga srbi (Bergk, et al., 2010). Pacienti z duševno motnjo med izvajanjem fizičnega/mehanskega oviranja niso podvrženi samo večjemu tveganju za poškodbe in bolečinam, temveč tudi subjektivnim občutkom nelagodja. Pacienti PVU doživljajo izredno travmatizirajoče in nehumano (Mielau, et al., 2015, Zemljič & Lešnik, 2017), saj navajajo, da jih med samim izvajanjem PVU zebe, velikokrat izrazijo potrebo po uporabi stranišča in potrebo po umivanju, ker se počutijo umazane (Bergk, et al., 2010; Mielau, et al., 2015). Uporaba pasov med fizičnim/mehanskim oviranjem pri pacientih vzbuja tudi strah, da se bi lahko zadušili (Mielau, et al., 2015). Bergk in sodelavci (2010) so v svoji raziskavi, ki prikazuje najpogostejše subjektivne izkušnje pacientov, ki so bili izpostavljeni PVU, ugotovili tudi, da se pri pacientih med samim izvajanjem PVU pojavi občutek lakote in žeje.

Uporaba PVU negativno vpliva na spanje, saj pacienti trpijo za nespečnostjo (Lanthén, et al., 2015). Pri pacientih z duševnimi motnjami je to velik problem, ki se kaže kot težava pri vzpostavitvi in vzdrževanju spanja, saj se pacienti ponoči večkrat prebudijo, zjutraj pa se zbudijo z občutkom nenaspanosti, kar na njihov potek zdravljenja vpliva zelo negativno (Baglioni, et al., 2010). Negativnih telesnih/fizičnih škodljivih učinkov in posledic pri pacientih, ki so bili izpostavljeni PVU, ne povzroča samo uporaba fizičnega/mehanskega oviranja, temveč tudi uporaba medikamentoznih ukrepov oziroma aplikacija zdravil proti volji pacienta. Yap in sodelavci (2019) so v svoji raziskavi, ki opisuje razloge za paranteralno sedacijo in neželene učinke, ki so povezani z aplikacijo zdravil proti volji pacienta, ugotovili, da ta vrsta PVU v veliki meri vpliva na pacientove vitalne funkcije, od katerih je neposredno odvisno človekovo življenje (Šprager, 2013). Uporaba sedativnih zdravil pri pacientih povzroča stranske učinke, kot so hipoventilacija (Yap, et al., 2019), torej motnja dihanja, za katero je značilna zmanjšana količina zraka, ki ga pacient vdihne in prejme v pljučne alveole, kar povzroči znižanje vrednosti kisika v krvi oziroma nizko saturacijo, z vrednostjo pod 95 %, zaradi česar je pacient življenjsko ogrožen (Drčar, 2013). Sedativna zdravila povzročajo tudi tahikardijo (Yap, et al., 2019), ki pomeni pospešen pulz nad 100 utripov na minuto (Drčar, 2013), bradikardijo (Yap, et al., 2019), ki pomeni upočasnen pulz pod 60 utripov na minuto (Drčar, 2013), suha usta, zastajanje urina in tudi anafilaksijo oziroma hudo alergijsko reakcijo na zdravilo (Yap, et al., 2019). Da bi se izognili vsem tem fizičnim/telesnim škodljivim učinkom in posledicam izvajanja PVU, je zelo pomembno, da je zdravstveno osebje dobro usposobljeno za uporabo PVU ter da znajo PVU izvajati pravilno in kakovostno (Lanthén, et al., 2015; Mielau, et al., 2015), kar pomeni, da je zdravstvena obravnava uspešna, varna, pravočasna, učinkovita, enakopravna do vseh pacientov in osredotočena na pacienta (Robida, 2006).

Izvajanje PVU za pacienta z duševno motnjo pomeni enega najbolj stresnih dogodkov, saj so poleg telesnih/fizičnih škodljivih učinkov PVU v veliki meri prisotna tudi negativna čustva in občutki, ki jih pacienti doživljajo med izvajanjem PVU (Zemljič & Lešnik, 2017). Na doživljanje čustev in občutkov med samim izvajanjem PVU močno vpliva vrsta PVU. Pacienti, ki so bili fizično/mehansko ovirani, in pacienti s kombiniranimi ukrepi, kot sta izolacija v kombinaciji s prisilnim jemanjem zdravil in

izolacija v kombinaciji s fizičnim/mehanskim oviranjem, izražajo veliko več negativnih čustev in občutkov med izvajanjem PVU v primerjavi s pacienti, ki so prejeli le samostojne ukrepe, kot sta izolacija ali medikamentozni ukrepi (Georgieva, et al., 2012; Lanthén, et al., 2015; Guzman-Parra, et al., 2018). Raziskave (Bergk, et al., 2010; Sibitz, et al., 2011; Steinert, et al., 2013; Lanthén, et al., 2015; Mielau, et al., 2015; Aguilera-Serrano, et al., 2017; Mielau, et al., 2017) kažejo, da je najpogostejše negativno čustvo, ki se pojavi pri pacientih z duševno motnjo med izvajanjem PVU, strah. PVU, ki povzroči največ strahu pri pacientih, je uporaba fizičnega/mehanskega oviranja (Georgieva, et al., 2012; Steinert, et al., 2013; Lanthén, et al., 2015). Doživljanje strahu med izvajanjem PVU neposredno vpliva na pacientovo življenje po hospitalizaciji, saj predstavlja zelo velik dejavnik za posttravmatsko stresno motnjo (Aguilera-Serrano, et al., 2017). Pacientu izkušnja s PVU povzroči tudi veliko stresa (Rüsch, et al., 2013; Steinert, et al., 2013). Stres predstavlja čustveni, duševni, telesni in vedenjski odgovor posameznika na morebitni škodljiv stresni dejavnik oziroma stresor (Yaribeygi, et al., 2017), ki ga v našem primeru predstavlja izvajanje PVU. Pacienti zelo pogosto navajajo, da so med izvajanjem PVU občutili jezo in bes, ki sta se velikokrat izražala z agresijo (Steinert, et al., 2013; Lanthén, et al., 2015; Aguilera-Serrano, et al., 2017; Tingleff, et al., 2018), torej vedenjem, pri katerem posameznik želi psihično ali fizično škoditi drugim posameznikom (Robertson, et al., 2012). Guzman-Parra in sodelavci (2018), ki v svoji raziskavi analizirajo zaznavanje prisile, posttravmatskega stresa in subjektivnega zadovoljstva z zdravljenjem, povezanim z uporabo PVU, ugotavljajo, da so pacienti med izvajanjem PVU pogosto zmedeni ter časovno in prostorsko neorientirani. Raziskava (Tingleff, et al., 2018) kaže, da se pacient na izvajanje PVU lahko odzove na različne načine, z na primer odkrito protestno reakcijo in tiho protestno reakcijo. Odkrite protestne reakcije se najpogosteje kažejo z agresijo, jezo, frustracijami, grožnjami, pacient doživlja ponižanje in žalost, medtem ko se tihe protestne reakcije kažejo kot lažna umirjenost, a pacienti še vedno zaznavajo čustva, kot sta jeza in žalost. Pacienti se med izvajanjem PVU počutijo zelo slabo, saj se čutijo prisiljeni in intervencijo smatrajo kot zlorabo (Bergk, et al., 2010; Georgieva, et al., 2012; Mielau, et al., 2015; Aguilera-Serrano, et al., 2017; Tingleff, et al., 2018). Pacienti PVU v določenih primerih doživljajo tudi kot kazen (Mielau, et al., 2015; Aguilera-Serrano, et al., 2017) in izvajanje PVU primerjajo z močnimi političnimi

izrazi, kot so nacistem, komunizem in koncentracijska taborišča (Nyttingnes, et al., 2016). Med izvajanjem PVU pacienti izražajo močno nezadovoljstvo (Steinert, et al., 2013; Guzman-Parra, et al., 2018), saj poleg prej omenjenih čustev v veliki meri prav tako doživljajo žalost, ponižanje, ogorčenost, osramočenost, negotovost in stisko (Bergk, et al., 2010; Sibitz, et al., 2011; Georgieva, et al., 2012; Rüsche, et al., 2013; Steinert, et al., 2013; Mielau, et al., 2015; Nytingnes, et al., 2016; Aguilera-Serrano, et al., 2017; Tingleff, et al., 2018). Pogosti so tudi negativni občutki, kot so občutek nadzora, nemoči, manjvrednosti, napetosti, ločitve, občutek ogroženosti in občutek omejevanja svobode (Bergk, et al., 2010; Sibitz, et al., 2011; Steinert, et al., 2013; Lanthén, et al., 2015; Mielau, et al., 2015; Aguilera-Serrano, et al., 2017). Vsa ta negativna čustva in občutki pri pacientu povzročijo še večjo ranljivost (Sibitz, et al., 2011), povezani pa so tudi s slabšimi odnosi z osebjem in neugodnimi rezultati zdravljenja (Nyttingnes, et al., 2016).

Negativna čustva in občutki, ki jih pacienti z duševno motnjo doživljajo med izvajanjem PVU, nedvomno zaznamujejo njihovo prihodnost, saj se poleg družbenih posledic ter telesnih/fizičnih škodljivih učinkov in posledic v veliki meri pojavijo tudi psihične posledice izvajanja PVU. Izvajanje PVU in z njim povezana travmatična izkušnja predstavlja velik dejavnik za nastanek posttravmatske stresne motnje (Steinert, et al., 2013; Lanthén, et al., 2015; Mielau, et al., 2015; Aguilera-Serrano, et al., 2017; Guzman-Parra, et al., 2018), torej intenzivne tesnobne reakcije, ki je posledica doživetja izjemno hudega stresnega in travmatizirajočega dogodka, pri katerem je bila oseba močno prestrašena, je doživljala občutke nemoči in je bila v šoku, ta dogodek pa dolgotrajno podoživlja (Shalev, et al., 2017). V našem primeru stresni/travmatični dogodek pomeni izvajanje PVU. Aguilera-Serrano s sodelavci (2017) v raziskavi prikazuje dokaze o dejavnikih, ki lahko vplivajo na pacientovo subjektivno izkušnjo epizode mehanskega oviranja, izolacije ali prisilnega dajanja zdravil. Ugotovili so, da na pojav posttravmatske stresne motnje v veliki meri vplivajo negativna čustva in občutki, ki jih pacienti doživijo med PVU. Ta negativna čustva in občutki so občutek tesnobe, strahu, nemoči, žalosti, jeze, besa in osamljenosti. Na pojav posttravmatske stresne motnje pa vpliva tudi odnos osebja do pacientov. Možnost za pojav posttravmatske stresne motnje je večja, če se osebje do pacientov z duševno motnjo obnaša

neprofesionalno, ostro, hladno, jim ne prisluhne, jih trpinči in se jim posmehuje (Lanthén, et al., 2015; Aguilera-Serrano, et al., 2017). Pacienti imajo po hospitalizaciji težave tudi z anksioznostjo oziroma tesnobo (Aguilera-Serrano, et al., 2017), kar pomeni, da pacienti občutijo neprijetno, strahu podobno čustveno stanje, ki se lahko pojavi postopoma ali nenadno in vključuje pospešeno bitje srca, slabost v želodcu, potenje, tresenje, napetost mišic, težave s prebavo, oteženo dihanje, nespečnost, težave s koncentracijo, posameznik doživlja vznemirjenost ter občutke strahu in panike (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2014). Mielau in sodelavci (2017), ki preučujejo, kako izkušnja s PVU vpliva na odnos pacientov do psihiatrije, ugotavljajo, da travmatična izkušnja, ki jo pacienti doživijo med izvajanjem PVU, v prihodnosti povzroča zelo negativno naravnost do psihiatrije. Poleg tega pa travmatična izkušnja povzroči tudi nezaupanje v ljudi (Sibitz, et al., 2011; Aguilera-Serrano, et al., 2017). Hospitalizacija in izvajanje PVU lahko pri pacientih tudi zelo negativno vpliva na odnos do samega sebe in pri pacientu kasneje privede do samoprezira (Rüsch, et al., 2013). Zaradi preteklih travmatičnih izkušenj izvajanja PVU pacienti čutijo, da so izgubili dostojanstvo, in se počutijo manjvredne (Sibitz, et al., 2011; Mielau, et al., 2015). V veliki meri je zmanjšano tudi opolnomočenje samega sebe (Rüsch, et al., 2013), kar pomeni, da posameznik nima večjega nadzora nad lastnim življenjem, ne more vplivati na proces in izid njegovega zdravljenja, ne zaupa v lastno sposobnost, ne zna gojiti medsebojnega zaupanja in ne obvlada veččin reševanja problemov (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2016).

2.5.1 Omejitve raziskave

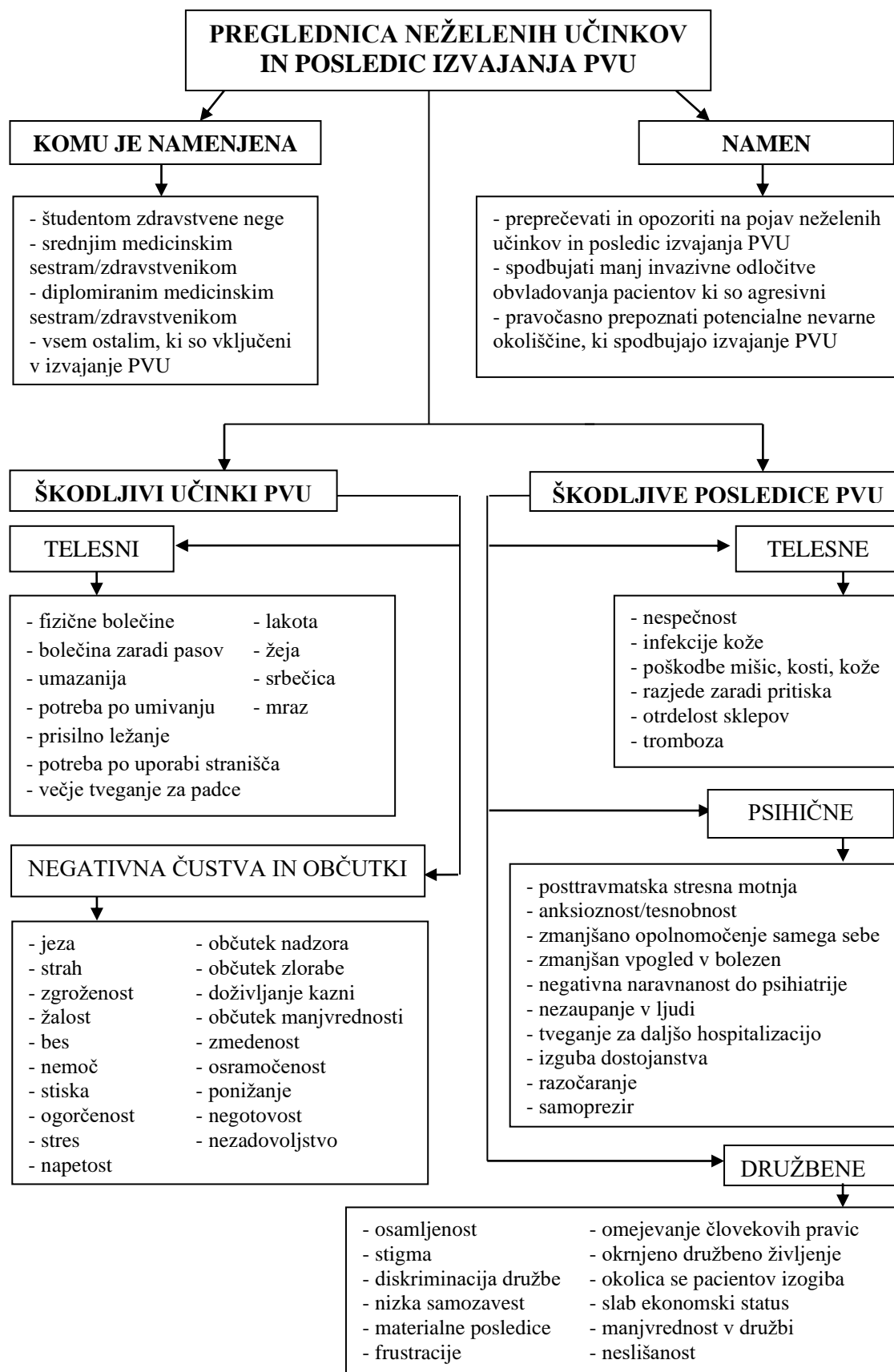
Omejitve raziskave so vsekakor neizkušnost mene kot avtorice in raziskovalke, saj sem se s tako obsežnim pregledom literature na sistematičen način srečala prvič. Pregled literature običajno zaradi verodostojnosti opravlja več avtorjev. V mojem primeru sem ga opravila sama. Mogoče bi bili rezultati oziroma nabor končnih zadetkov drugačni, v kolikor bi pregled literature opravljal več avtorjev. Tudi tematska analiza je eden izmed postopkov, ki ga običajno opravlja več avtorjev. Pri diplomskem delu sem se z mentorjem posvetovala glede tistih vsebin, ki so mi bile nejasne.

2.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Glede na to, da so zdravstveni delavci izvajalci PVU, pacienti pa tisti, ki v največji meri doživljajo negativne učinke in posledice izvajanja PVU, je v izogib vsemu temu v prihodnosti treba v največji meri zagotoviti usposabljanje vseh zdravstvenih delavcev, ki delajo na področju psihiatrije ter se srečujejo z obvladovanjem agresije in posledično uporabo PVU. Koristno bi bilo, da bi se z vsebinami tega področja seznanili tudi že študenti zdravstvene nege, da bodo znali prepoznati pacienta, ki izkazuje možnost pojava morebitnih neželenih učinkov PVU ter da bodo znali pravilno izvajati PVU in preprečiti njihove neželene učinke, še preden se pojavijo škodljive posledice. Ugotovili smo, da v slovenskem prostoru raziskav na temo neželenih učinkov in posledic izvajanja PVU ni, zato je še veliko možnosti za proučevanje, analizo in izvedbo raziskav na to temo.

V diplomskem delu smo združili najnovejše dokaze s področja neželenih učinkov in posledic izvajanja PVU in ugotovili, da se delijo na družbene posledice izvajanja PVU, telesne/fizične škodljive učinke in posledice izvajanja PVU, psihične posledice izvajanja PVU ter negativna čustva, ki jih pacienti doživljajo med izvajanjem PVU. Na podlagi pregledane literature in zbranih najnovejših dokazov v nadaljevanju predstavljamo preglednico z neželenimi učinki in posledicami izvajanja PVU za opozorilo izvajalcem PVU, ko se odločajo za uporabo teh ukrepov (slika 2). Preglednica je namenjena tudi študentom zdravstvene nege in vsem zaposlenim, ki so kakorkoli vključeni v proces izvajanja PVU. Namen preglednice je predvsem preprečiti in opozoriti na pojav neželenih učinkov in posledic izvajanja PVU. S tem želimo spodbuditi razmišljanje, manj invazivne odločitve in posledično aktivnosti zaposlenih v zdravstvu pri obvladovanju pacienta. Ena izmed glavnih sposobnosti zaposlenih pri preprečevanju PVU pri pacientu, ki je agresiven, je pravočasno prepoznati potencialno nevarne okoliščine, ki spodbujajo izvajanje PVU. Na sliki 2 predstavljamo neželene učinke, ki se pojavijo med izvajanjem PVU. Delimo jih na telesne neželene učinke ter negativna čustva in občutke, ki se pojavijo med izvajanjem PVU. Neželeni učinki so tisti, ki v največji meri povzročajo telesne, psihične in družbene škodljive posledice, kot so fizične bolečine, ki lahko povzročijo nespečnost, oziroma prisilno ležanje, ki lahko

privede do tromboze. Negativna čustva, kot so jeza, strah, žalost, stiska ipd., pa so velik dejavnik za pojav posttravmatske stresne motnje. Zelo je pomembno torej, da so vsi, ki so vključeni v izvajanje PVU, pozorni na pojav neželenih učinkov, s čimer se lahko pravočasno preprečijo škodljive posledice.



Slika 2: Preglednica neželenih učinkov in posledic izvajanja PVU

3 ZAKLJUČEK

S pregledom literature ugotavljamo, da so PVU ukrepi za obvladovanje pacienta z duševno motnjo, ki izkazuje tako avtoagresivno kot heteroagresivno vedenje. Gre za eno izmed najbolj invazivnih intervencij v zdravstveni negi ter predstavlja eno največjih etičnih dilem in hkrati največje psihofizične obremenitve tako za pacienta kot za osebje. Zelo pomembno je, da se pri uporabi PVU zavedamo, da lahko povzročimo različne telesne oziroma fizične škodljive učinke ter izrazito negativno čustvovanje in izražanje negativnih občutkov pacienta z duševno motnjo. Vse naštetu lahko vodi tudi v trajne posledice, ki se kažejo tako na družbenem področju kot tudi na pacientovem duševnem in telesnem zdravju. Trdimo lahko, da posledice izvajanja PVU v veliki meri zaznamujejo pacientovo življenje po hospitalizaciji in mu poslabšajo kakovost življenja. Kljub temu, da je področje že razmeroma dobro raziskano in se vedno bolj poudarja, menimo, da je treba klinično prakso PVU nenehno izboljševati.

4 LITERATURA

Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Garcia-Sanchez, J.A., Moreno-Küstner, B. & Mayoral-Cleries, F., 2017. Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(2), pp. 129-144.

Baglioni, C., Spiegelhalder, K., Lombardo, C. & Riemann, D., 2010. Sleep and emotions: A focus on insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, 14(4), pp. 227-238.

Bergk, J., Flammer, E. & Steinert, T., 2010. "Coercion Experience scale" (CES) – validation of a questionnaire on coercive measures. *BMC Psychiatry*, 10(1), pp. 1-9.

Bregar, B., Kadivec, S., Kramar, Z., Marinšek, N., Naka, S. & Rotar, D., 2012. Protokol fizičnega oviranja s pasovi pacientov v bolnišnicah. In: B. Bregar, ed. *Dopisna seja Upravnega odbora Zbornice – Zveze. Ljubljana, 14.-18. December 2012*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza Strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 2-19.

Bregar, B., 2019. *Model dejavnikov, ki pojasnjujejo odnos zaposlenih v psihiatrični zdravstveni negi do uporabe posebnih varovalnih ukrepov: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta.

Campbell, C. & Parish, L.C., 2010. The decubitus ulcer: Facts and controversies. *Clinics in Dermatology*. *Clinics in Dermatology*, 28(5), pp. 527-532.

Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S. & Sentissi, O., 2019. Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 491(10), pp. 2-17.

Čuk, V., 2010. Uvodnik: zdravstvena nega in duševno zdravje. *Obzornik zdravstvene nege*, 44(3), pp. 145-46.

Drčar, D., 2013. Merjenje in vrednotenje osnovnih življenjskih funkcij. In: I. Crnić, ed. *Prepoznavanje in ustrezno ukrepanje ob življenjsko ogroženem pacient: strokovni seminar. Portorož, 19.-20. april 2013*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 21-31.

Fitzpatrick, J.J., 2016. Perspectives in Psychiatric Nursing: Thoughts From Our Early Leaders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), pp. 497.

Flammer, E., Steinert, T., Eisele, F., Bergk, J. & Uhlmann, C., 2013. Who is Subjected to Coercive Measures as a Psychiatric Inpatient? A Multi-Level Analysis. *Linical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 2013(9), pp. 110-119.

Georgieva, I., Mulder, C.L. & Whittington, R., 2012. Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions. *BMC Psychiatry*, 12(1), pp. 1-11.

Guzmán-Parra, J., Aguilera-Serrano, C., García-Sánchez, J.A., García-Spínola, E., Torres-Campos, D., Villagrán, J.M., Moreno- Küstner, B. & Mayoral-Cleries, F., 2019. Experience coercion, post-traumatic stress, and satisfaction with treatment associated with different coercive measures during psychiatric hospitalization. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), pp. 448-456.

Kadivec, S., 2012. Uporaba ovirnic. In: A. Blažun, ed. *NIAHO in ISO 9001 v bolnišnicah: Predstavitev izkušenj v kliniki Golnik. Golnik, 30. marec 2012*. Golnik: Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, pp. 37-41.

Kalisova, L., Raboch, J., Nawka, A., Sampogna, G., Cihal, L., Kallert, T., Onchev, G., Karastergiou, A., Vecchio, V., Kiejna, A., Adamowski, T., Torres Gonzales, F., Cervilla, J., Priebe, S., Giacco, D., Kjellin, L., Dembinskas, A. & Fiorillo, A., 2014. Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results

from the EUNOMIA international study. *Psychiatry and psychiatric Epidemiology*, 49(0), 1619-1629.

Knutzen, M., Bjørkly, S., Eidhammer, G., Lorentzen, S., Helen Mjøsund, N., Opjordsmoen, S., Sandvik, L. & Friis, S., 2013. Mechanical and pharmacological restraints in acute psychiatric wards—Why and how are they used? *Psychiatry Research*, 209(1), pp. 91-97.

Kovač, P., 2012. Fizično oviranje pacientov v klinični praksi. In: B. Bregar & J. Peterka Novak, eds. *Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi. Ljubljana, 11. april 2012*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana in Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 5-12.

Lanthén, K., Rask, M. & Sunnqvist, C., 2015. Psychiatric Patients Experiences with Mechanical Restraints: An Interview Study. *Psychiatry Journal*, 25(6), pp 1-8.

Lay, B., Nordt, C. & Rössler, W., 2011. Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. *European psychiatry, the journal of the european psychiatric association*, 26(4), pp. 244-251.

Link, B.G. & Phelau, J.C., 2012. Labeling and Stigma. In: C.S. Aneshensel, J.C. Phelan & A. Bierman, eds. *Handbook of the Sociology of Mental Health*. Dordrecht: Springer Science + Business Media, pp. 525-541.

Luciano, M., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Pingani, L., Palumbo, C., De Rosa, C., Catapano, F. & Fiorillo, A., 2014. Use of coercive measures in mental health practice and it's impact on outcome: a critical review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 14(2), 131-141.

Manna, M., 2010. Effectiveness of formal observation in inpatient psychiatry in preventing adverse outcomes: the state of the science. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(3), pp. 268-273.

McLaughlin, P., Giacco, D. & Priebe, S., 2016. Use of Coercive Measures during Involuntary Psychiatric Admission and Treatment Outcomes: Data from a prospective Study across 10 European Countries. *PLOS ONE*, 11(12), pp. 1-8.

Mesec, B., 1998. *Uvod v kvalitativno raziskovanje v socialnem delu*. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo.

Mielau, J., Altunbay, J., Gallinat, J., Heinz, A., Birmpohl, F., Lehmann, A. & Montag, C., 2015. Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their justification. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(4), pp. 337-347.

Mielau, J., Altunbay, J., Lehmann, A., Birmpohl, F., Heinz, A. & Montag, C., 2017. The influence of coercive measures on patients' stances towards psychiatric institutions. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 22(2), pp. 115-122.

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. & The PRISMA Group, 2009. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6(7), pp. 1-6.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2014. *Anksioznost ali tesnoba*. [online] Available at: <https://www.nijz.si/sl/anksioznost-ali-tesnoba> [Accessed 21 April 2020].

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2016. *Opolnomočenje bolnika kot pomemben element obvladovanja kroničnih bolezni*. [online] Available at: <https://www.nijz.si/sl/opolnomocenje-bolnika-kot-pomemben-element-obvladovanja-kronicnih-bolezni> [Accessed 21 April 2020].

Nyttingnes, O., Ruud, T. & Rugkåsa, J., 2016. "It's unbelievably humiliating" – Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 49(1), pp. 147-153.

Park, A. & Bowers, L., 2001. Special observation in care of psychiatric inpatients: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 22(8), pp. 769-786.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2018. *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Raboch, J., Kališová, L., Nawka, A., Kitzlerová, E., Onchev, G., Karastergiou, A., Magliano, L., Dembinskas, A., Kiejna, A., Torres-Gonzales, F., Kjellin, L., Priebe, S. & Kallert, T.W., 2010. Use of Coercive Measures During Involuntary Hospitalization: Findings From Ten European Countries. *Psychiatric Services*, 61(10), pp. 1012-1017.

Robertson, T., Daffern, M. & Bucks, R.S., 2012. Emotion regulation and aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 17(1), pp. 72-82.

Robida, A., 2006. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.

Rüsch, N., Müller, M., Lay, B., Corrigan, P.W., Zahn, R., Schönenberger, T., Bleiker, M., Lengler, S., Blank, C. & Rössler, W., 2013. Emotional reactions to involuntary psychiatric hospitalization and stigma-related stress among people with mental illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264(1), pp. 35-43.

Shalev, A., Liberzon, I. & Marmar, C., 2017. Post-Traumatic Stress Disorder. *New England Journal of Medicine*, 376(25), pp. 2459-2469.

Sibitz, I., Scheutz, A., Lakeman, R., Schrank, B., Schaffer, M. & Amering, M., 2011. Impact of coercive measures on life stories: qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 199(03), pp. 239-244.

Steinert, T., Birk, M., Flammer, E. & Bergk, J., 2013. Subjective Distress After Seclusion or Mechanical Restraint: One-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Study. *Psychiatric Services*, 64(10), pp. 1012-1017.

Strout, D.T., 2010. Perspectives on the experience of being physically restrained. An Integrative review of the qualitative literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(6), pp. 41-627.

Šprager, S., 2013. *Razgradnja optičnih interferenčnih in inercialnih signalov za analizo človekovih vitalnih funkcij: doktorska disertacija*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za elektrotehniko, računalništvo in informatiko.

Tingleff, E.B., Hounsgaard, L., Bradley, S.K. & Gildberg, F.A., 2018. Forensic psychiatric patients' perceptions of situations associated with mechanical restraint: A qualitative interview study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(2), pp. 468-479.

Ustava Republike Slovenije (URS), 1991. Uradni list Republike Slovenije št. 33.

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

Yap, C.Y.L., Taylor, D.M., Kong, D.C.M., Knott, J.C., Taylor, S.E., Graudins, A., Keijzers, G., Kulawickrama, S., Thom, O., Lawton, L., Furyk, J., Finucci, D., Holdgate, A., Watkins, G. & Jordan, P., 2019. Management of behavioural emergencies: a prospective observational study in Australian emergency departments. *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 49(4), pp. 341-348.

Yaribeygi, H., Panahi, Y., Sahraei, H., Johnston, T.P. & Sahebkar, A., 2017. The Impact of Stress on Body Function: A review. *EXCLI Journal*, 16(11), pp. 1057-1072.

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

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 15.

Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu, 2018. *Priporočila in smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji*. [pdf] Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu. Available at: <http://www.zpsih.si/strokovno/media/documents/PVU2018.pdf> [Accessed 26 November 2019].

Zemljič, A. & Lešnik, B., 2017. Posebni varovalni ukrepi – fizično oviranje s pasovi. In: B. Bregar & D. Lončnar, eds. *Zagotavljanje delovnega okolja brez nasilja za zaposlene in paciente v zdravstvenem sistemu »Ničelna toleranca do nasilja«*. Otočec, 9. – 10. oktober 2017. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 25-29.