



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**UČINKOVITE INTERVENCIJE ZAPOSLENIH
V ZDRAVSTVENI NEGI ZA
ZAGOTAVLJANJE VARNOSTI PACIENTOV
NA ODDELKIH POD POSEBNIM
NADZOROM – PREGLED LITERATURE**

**EFFECTIVE INTERVENTIONS BY NURSING
STAFF TO ENSURE PATIENT SAFETY IN
WARDS UNDER SPECIAL SUPERVISION: A
LITERATURE REVIEW**

Mentor: doc. dr. Branko Bregar

Kandidatka: Mitra Davidović

Jesenice, oktober, 2023

ZAHVALA

Iskrena zahvala mentorju doc. dr. Branku Bregarju za vso strokovno pomoč, usmerjenost, spodbudo, potrpežljivost in prizadevnost tekom nastajanja diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi recenzentki doc. dr. Saši Kadivec za recenzijo diplomskega dela.

Za lektoriranje diplomskega dela se zahvaljujem Moniki Mlakar, univ. dipl. slov.

Posebna zahvala gre moji družini, predvsem mojemu možu, ki je med vsemi mojimi padci in vzponi verjel vame, me optimistično spodbujal ter mi velikodušno pomagal.

Hvala tudi vsem ostalim, ki ste mi vsa ta leta stali ob strani.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zagotavljanje varnosti je ključna aktivnost na področju duševnega zdravja in psihiatrije, ki predstavlja velik izziv zaposlenim v zdravstveni negi. Intervencije zaposlenih v zdravstveni negi morajo biti usmerjene predvsem v preventivo agresivnega vedenja in s tem v pravočasno zagotavljanje varnosti.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bil ugotoviti učinkovitost intervencij zaposlenih v zdravstveni negi pri preprečevanju uporabe posebnih varovalnih ukrepov ter agresivnega vedenja pacientov na oddelkih pod posebnim nadzorom, ter hkrati na podlagi raziskovalne literature raziskati, če so opredeljene v mednarodni klasifikaciji intervencij zdravstvene nege.

Metoda: Izveden je bil integrativni pregled strokovne literature v mednarodnih podatkovnih bazah: CINAHL, Cochrane Library, PubMed, Wiley Online Library in v iskalniku Google Scholar. S pomočjo iskalnih besed in besednih zvez je bil oblikovan iskalni niz. Določeni so bili vključitveni in izključitveni kriteriji. Postopek iskanja zadetkov je bil prikazan s pomočjo PRISMA diagrama. Znanstveni članki so bili objavljeni med letoma 2012 in 2022. Za sintezo ugotovitev pregleda literature je bila uporabljena tematska analiza.

Rezultati: V končno analizo je bilo vključenih 13 vsebinsko najbolj primernih raziskovalnih člankov. Vsebinsko sta bili oblikovani dve temi, učinkovite preventivne individualne intervencije in učinkoviti preventivni multimodalni programi.

Razprava: Usposabljanje na področju tehnik deeskalacije, ocenjevanje tveganja agresivnega vedenja s pomočjo standardiziranih orodij ter izvajanje multimodalnih programov »6CS« in »Safewards« so bile najbolj učinkovite intervencije za preprečevanje agresivnega vedenja pacientov in uporabe posebnih varovalnih ukrepov, vendar so potrebne nadaljnje bolj zanesljive raziskave na področju multimodalnih programov za zagotavljanje kakovostnejših dokazov. Učinkovite intervencije zaposlenih v zdravstveni negi, ki temeljijo na znanstvenih dokazih, so opredeljene tudi v mednarodni klasifikaciji intervencij zdravstvene nege.

Ključne besede: psihiatrija, posebni varovalni ukrep, nasilje, agresija, intervencije

SUMMARY

Theoretical background: Ensuring safety is a key activity in the field of mental health and psychiatry and represents a major challenge for nursing staff. The interventions of nursing staff should be focused primarily at the prevention of aggressive behaviour, thereby ensuring safety in a timely manner.

Goals: The aim of the thesis was to determine the effectiveness of nursing staff interventions in preventing the use of special precautionary measures and aggressive behaviour of patients in wards under special supervision. Additionally, it aimed to use research literature, to investigate whether these interventions are defined in the International Classification of Nursing Interventions.

Methods: An integrative review of professional literature was conducted using international databases: CINAHL, Cochrane Library, PubMed, Wiley Online Library and Google Scholar. A search string was formulated using search words and phrases. Inclusion and exclusion criteria were determined. The process of retrieving results was shown using a PRISMA diagram. Scientific articles were published between 2012 and 2022. A thematic analysis was used to synthesize the findings of the literature review.

Results: 13 research articles with the most relevant content were included in the final analysis. In terms of content, two topics were formulated: (i) »effective precautionary individual interventions« and »(ii) effective preventive multimodal programs«.

Discussion: Training in de-escalation techniques, assessing the risk of aggressive behaviour using standardized tools, and implementing "6CS" and "Safewards" multimodal programs were the most effective interventions to prevent aggressive patient behaviour and the use of special precautionary measures. However, additional more reliable research is needed in the field multimodal programs to provide better quality evidence. Effective evidence-based nursing interventions are also defined in the International Classification of Nursing Interventions.

Key words: psychiatry, special precautionary measures, violence, aggression, interventions

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	8
2.3.2	Strategija pregleda zadetkov	8
2.3.3	Opis obdelave podatkov pregleda literature	10
2.3.4	Ocena kakovosti pregleda literature	10
2.4	REZULTATI	11
2.4.1	PRISMA-diagram	11
2.4.2	Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah	12
2.5	RAZPRAVA	18
2.5.1	Individualne preventivne intervencije	19
2.5.2	Preventivni multimodalni intervencijski programi	23
2.5.3	Omejitve pregleda literature	36
2.5.4	Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo	37
3	ZAKLJUČEK	38
4	LITERATURA	40

KAZALO SLIK

Slika 1: Hierarhija dokazov v znanstveno raziskovalnem delu.....	10
Slika 2: PRISMA diagram.....	12

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature.....	9
Tabela 2: Tabelarični prikaz rezultatov	13
Tabela 3: Razporeditev kod po kategorijah.....	17
Tabela 4: Primerjava intervencij v mednarodni klasifikaciji NIC z intervencijami na podlagi pregleda literature	33

SEZNAM KRAJŠAV

NANDA-I	North American Nursing Diagnosis Associations/Severnoameriška zveza za Negovalne diagnoze
NIC	Nursing Interventions Classification/Klasifikacija intervencij zdravstvene nege
NOC	Nursing Outcomes Classification/Klasifikacija izidov zdravstvene nege
PVU	Posebni varovalni ukrep
»6CS«	Six Core Strategies/Šest temeljnih strategij
BVC	Brøset Violence Checklist/Brøset lestvica nasilnega vedenja
CRSCE	Communication, Response, Solution-Focused Technique, Care, Environment/ Komunikacija, Odziv, Na rešitev osredotočena tehnika, Skrb, Okolje
OAS	Overt Aggression Scale/Lestvica odkrite agresije
DASA	Dynamic Appraisal of Situational Aggression/Dinamična ocena situacijske agresije
PCC-SR	Patient-Staff Conflict Checklist Shift Report/Kontrolni seznam konfliktov med pacientom in osebjem – izmensko poročilo
FC	The Fidelity Checklist/Kontrolni seznam zvestobe

1 UVOD

Po vsem svetu je v sistemu zdravstvenega varstva varnost pacientov opredeljena kot temeljna prednostna naloga pri zagotavljanju visokokakovostne zdravstvene oskrbe, vendar pa zagotavljanje varne oskrbe ostaja eden največjih izzivov, s katerim se sooča zdravstveno varstvo. Tako v današnjem času eden izmed čedalje resnejših družbenih problemov predstavlja nasilje na delovnem mestu, tudi nasilje nad medicinskimi sestrami na področju duševnega zdravja in psihiatrije. Problem pojavnosti nasilja na delovnem mestu je po nedavni epidemiji še večji, poročajo celo o več kot 78 % pojavnosti nasilja na delovnem mestu (Rossi, et al., 2023). Metaanaliza 136 mednarodnih raziskovalnih študij, izvedenih v anglo-azijskih, evropskih in bližnje vzhodnih regijah, je pokazala, da je 36,4 % medicinskih sester doživelo fizično nasilje na delovnem mestu, 67,2 % jih je poročalo o verbalnem in psihičnem nasilju (Spector, et al., 2014). Najpogosteje se nasilje do medicinskih sester pojavlja s strani pacientov in njihovih bližnjih (Rossi, et al., 2023). Medicinske sestre, zaposlene na področju duševnega zdravja in psihiatrije, so najbolj obremenjene s pojavnostjo nasilja na delovnem mestu, saj približno 20 % pacientov, sprejetih na oddelek pod posebnim nadzorom, izkazuje nasilno oziroma agresivno vedenje (Sim, et al., 2020). Zato je zelo pomembno, da je varnost na področju duševnega zdravja in psihiatrije sprejeta kot ključni element pri preprečevanju nasilja.

Prvo sistematično raziskavo v Sloveniji na temo pojavnosti nasilja, usmerjenega proti zaposlenim v zdravstveni negi, sta izvedla Klemenc in Pahor (2004). Raziskava je pokazala visoko stopnjo pojavnosti nasilja, saj je 72,3 % zaposlenih v zdravstveni negi doživelo eno izmed oblik nasilja. Večina (59 %) jih je doživela verbalno nasilje in psihično nasilje (29 %). Tudi pri nas lahko trdimo, da se z nasiljem najpogosteje srečujejo zaposleni v zdravstveni negi na področju duševnega zdravja in psihiatrije, kar so s svojo raziskavo med zaposlenimi v psihiatriji in v reševalnih postajah potrdili tudi Bojić, et al. (2016), kjer so ugotovili, da zaposleni v zdravstveni negi v psihiatričnem okolju doživljajo višjo stopnjo nasilja s strani pacientov, kot zaposleni v zdravstveni negi v nujni medicinski pomoči. Zaposleni v zdravstveni negi se zavedajo, da je pojav nasilja del zdravstvene nege na področju duševnega zdravja in psihiatrije, zlasti na

oddelkih pod posebnim nadzorom, saj se podatki o nasilnem vedenju gibljejo od 3,9 % pa vse do 37 % v različnih delih sveta, v Sloveniji med 6 % in 7 % (Gabrovec, 2016). Gabrovec, et al. (2014) so v svoji raziskavi, izvedeni med zaposlenimi v zdravstveni negi na oddelkih pod posebnim nadzorom, ugotovili, da sta bili tako verbalno nasilje (92,6 %) kot fizično nasilje (84,2 %) najbolj pogosti obliki nasilja, in kar 63,5 % zaposlenih je v preteklosti doživelo fizično poškodbo, povezano z nasilnim dogodkom. Torej, vse te raziskave (Klemenc & Pahor, 2004; Gabrovec, et al., 2014; Bojić, et al., 2016; Gabrovec, 2016), izvedene na območju Slovenije, nam sporočajo, da je stanje alarmantno. Zato je poznavanje vzrokov pojavnosti nasilja na področju duševnega zdravja in psihiatrije za zagotavljanje varnega delovnega okolja izrednega pomena pri organizaciji dela.

Znanstvene raziskave (Van Wijk, et al., 2014; Bregar 2019) so se na začetku raziskovanja pojava nasilja na področju duševnega zdravja in psihiatrije pretežno posvečale iskanju vzrokov za agresivno vedenje v sami etiologiji bolezni, ki so agresijo pacientov z duševno motnjo videle kot vzrok in posledico njihovih bolezni (notranji dejavniki), vendar so z mednarodnega vidika tako kvantitativne kot kvalitativne raziskave poročale, da agresivno in nasilno vedenje pacientov ni le manifestacija osnovne patologije, temveč jo lahko sprožijo tudi drugi dejavniki. To je v raziskovalcih izzvalo nov vihar raziskovanja, ki je vzroke za agresijo pacientov v psihiatriji prepoznalo tudi v obliki zunanjih dejavnikov, torej v obliki in vsebini okolja oziroma v njihovem bivalnem okolju (Bregar, 2019). Arhitektura oddelka (prostorska omejenost in opremljenost, prostorska postavitve, sproščujoči prostori), kultura organizacije (hišni red) in kadrovski dejavniki (število osebja, število osebja moškega spola, izobrazba in usposobljenost zaposlenih) lahko prispevajo k razvoju agresivnega vedenja (Van Wijk, et al., 2014; Bregar, et al., 2018; Weltens, et al., 2021). Prenatranost oddelkov, bivalnih prostorov, število pacientov na oddelku, napeto ozračje oddelka, odsotnost zasebnosti, omejenost svobode gibanja, hrup na oddelku, nehygienično okolje, nedostopnost osebja, nesoglasja med pacienti, zaklenjena vrata oddelka, pomanjkanje strukturiranih dejavnosti, nespoštovanje pacientove kulture, vere in pravic ter uporaba prisilnih ukrepov oziroma posebnih varovalnih ukrepov (v nadaljevanju PVU), so bili najbolj nesporni dejavniki okolja, nagnjeni k pojavu agresije (Van Wijk, et al., 2014;

Weltens, et al., 2021). V 90. letih se je med znanstveniki pojavila nova miselnost, ki je vzroke za pojav agresije začela iskati v interakciji pacientov tako z njihovo fizično kot socialno okolico (situacijski dejavniki oziroma dejavniki s strani zaposlenih). Situacijski dejavniki so tisti dejavniki, ki vplivajo na to, kako se bo neka oseba v določenem kontekstu vedla. Poznavanje teh dejavnikov je bistveno, saj v dokaj sprejemljivi meri pojasnjujejo, zakaj v enakih situacijah osebe sprejemajo odločitve, ki niso združljive z njihovimi vrednotami (Bregar, et al., 2018; Bregar, 2019). Raziskava Gudde, et al. (2015) z vidika pacientov poudarja pomen znanja in spretnosti osebja pri komunikaciji in sodelovanju s pacienti za preprečevanje agresivnih incidentov. Predvideva se, da so situacijski dejavniki večji napovedovalci agresije kot notranji ali zunanji dejavniki, vendar pa obstajajo precejšnji dvomi, ali so predhodniki določenih primerov agresije notranji, zunanji ali situacijski. V mnogih primerih se zdi, da so agresija, nasilje in agresivno vedenje posledica številnih medsebojno povezanih dejavnikov, ki lahko vključujejo notranje, zunanje in situacijske vidike (Dickens, et al., 2013). Največji izziv poklica medicinskih sester na področju duševnega zdravja in psihiatrije je ravno obvladovanje situacijskih dejavnikov pri preprečevanju nasilja oziroma zagotavljanju varnosti. Situacijski dejavniki poudarjajo razvoj zdravega odnosa s pacienti, ki temelji na empatiji, spoštovanju in sodelovanju. Namen situacijskih dejavnikov ne temelji na iskanju »krivca« v zdravstvenem osebju, temveč na poudarjanju pomembnosti ustreznega razvoja znanja in usposabljanja pri izboljšanju terapevtskega delovanja s pacienti (Gudde, et al., 2015).

Slemon, et al. (2017) glede varnosti pacientov v povezavi z duševnim zdravjem navajajo: »Vprašanje varnosti velja za najvišjo vrednoto, ki presega premislek ali cilj«, ali bolje rečeno, dominantni cilj na področju duševnega zdravja in psihiatrije je zagotavljati varno okolje za paciente in zaposlene (Taghavi Larijani & Saatchi, 2019). Kljub temu, da danes obvladujemo vse več dejavnikov tveganja za preprečevanje nasilja in zagotavljanje varnosti na področju duševnega zdravja in psihiatrije, se lahko zaradi same narave bolezni pri pacientih z duševno motnjo pokažejo različne oblike nasilnega vedenja, kar posledično od zaposlenih v zdravstveni negi zahteva uporabo PVU (Rakhmatullina, et al., 2013). Ker velja PVU na področju duševnega zdravja in psihiatrije za najbolj intenziven ukrep zdravljenja, ki se lahko uvede le v skrajnih

primerih in primerih, ko so pacient ali njegova okolica najbolj ogroženi, je uvedba ukrepa PVU po Zakonu o duševnem zdravju (ZDZdr, 2008), dovoljena le v psihiatričnih bolnišnicah na oddelku pod posebnim nadzorom in socialno-varstvenih zavodih z varovanimi oddelki. Njihova uporaba je determinirana kot ena izmed najbolj kontroverznih tem od začetka sodobne psihiatrije (Rakhmatullina, et al., 2013). V zdravstveni negi na področju duševnega zdravja in psihiatrije velja za najzahtevnejšo intervencijo, saj jo pogosto spremlja etični konflikt med avtonomijo pacientov na eni strani in težnja po preprečevanju škode na drugi strani (Pekurinen, et al., 2017). Chieze, et al. (2019) so v svoji raziskavi ugotavljali fizične in psihične posledice fizičnega oviranja pacientov na področju duševnega zdravja in psihiatrije. Pri pacientih, ki so bili ovirani, se je pokazala visoka pojavnost posttravmatske stresne motnje, in sicer med 25 % in 47 %. Poleg tega se lahko zaradi uporabe PVU pojavijo številne nezaželene posledice, kot so: somatski zapleti, preležanine, kontrakture, infekcije, itd., vključno s smrtjo, zaradi srčnega zastoja in pljučne embolije. Kot pomembno vzročno-posledično tveganje v praksi, kljub temu, da je izvedeno v skladu z uveljavljenimi protokoli in profilaktičnimi ukrepi, navajajo vensko tromboembolijo, ki jo je mogoče pričakovati pri 1 od 10 pacientov, in katere nevarnost se povečuje s časom izpostavljenosti omejevanja (Kersting, et al., 2019). Da bi preprečili in čim bolj zmanjšali predhodno omenjene škodljive učinke ter izboljšali kakovost zdravstvene oskrbe, je pomembno, da so zaposleni v zdravstveni negi na področju duševnega zdravja in psihiatrije, usposobljeni, da poznajo in uporabljajo različne učinkovite intervencije za zagotavljanje varnosti in s tem preprečujejo uporabo PVU.

Zdravstvena dokumentacija pacientov je zgodovinsko gledano obsegala nekakšno mešanico medicinskih izrazov in povzetke prostih besedil medicinskih sester, ki so bili redkobesedni in pogosto nerazumljivi, kar je v končni fazi narekovalo, da učinki intervencij zdravstvene nege niso bili niti vidni niti preverljivi (Frauenfelder, et al., 2016). Zato je dokumentiranje intervencij zdravstvene nege, ki jih medicinske sestre izvajajo za izboljšanje rezultatov pri pacientih, pomemben proces dela, s katerim potrjujejo svojo udeležbo v sistemu zdravstvenega varstva. Iz tega vidika se v današnjem času vedno bolj posveča pozornost k proučevanju in klasifikaciji dokazano učinkovitih intervencij zdravstvene nege za posamezen problem v klinični praksi

zdravstvene nege. Strokovnjaki posamezne poklicne skupine v skrbi za pacienta imajo svoj način za opisovanje »kaj« stroka ve in »kako« se stroka odziva na to, kar ve, zato uporablja skupni jezik za opisovanje in kodiranje svojega znanja. Medicinske sestre za obravnavo človeških odzivov na zdravstvene težave in/ali življenjske procese uporabljajo taksonomijo negovalnih diagnoz po NANDA International (NANDA-I v nadaljevanju), ti odzivi pa so temeljna skrb zdravstvene nege (Herdman & Kamitsuru, 2019). Dejavnost zdravstvene nege v zvezi s tveganjem vedenja, v katerem posameznik nakazuje, da lahko čustveno, fizično in/ali spolno škodi drugim/sebi, sta v NANDA-I opredeljeni kot negovalni diagnozi nevarnost za nasilje nad samim seboj (00140) ter tveganje za nasilno vedenje do drugih (00138). Diagnoze zdravstvene nege zagotavljajo podlago za načrtovanje intervencij zdravstvene nege. Klasifikacija intervencij zdravstvene nege (Nursing Intervention Clasification – v nadaljevanju NIC) je taksonomija intervencij, ki jih medicinske sestre izvajajo v različnih okoljih zdravstvene nege za izboljšanje rezultatov pri pacientih ter vključujejo terapevtske posege, ki se izvajajo posredno ali neposredno pri pacientih (Taghavi Larijani & Saatchi, 2019). Vsaka intervencija ima oznako, definicijo in seznam aktivnosti, ki opisujejo določena vedenja ali ravnanja pri praktičnem delu v zdravstveni negi. Glede na izvedene NIC intervencije, medicinska sestra s klasifikacijo izidov zdravstvene nege (Nursing Outcomes Classification – v nadaljevanju NOC) določi pričakovane rezultate zdravstvene nege. Komponente NANDA-I, NIC in NOC so poznane tudi kot klasifikacijski sistem NNN (Frauenfelder, et al., 2013; Taghavi Larijani & Saatchi, 2019).

PVU veljajo za tvegan poseg in so lahko potencialno nevarne za zagotavljanje varnosti tako za paciente, kot tudi zaposlene v zdravstveni negi. Uporaba PVU je na oddelkih pod posebnim nadzorom pogosto povezana z agresivnim vedenjem pacientov, zato mora preprečevanje uporabe le-te postati prioriteta naloga zdravstvenih delavcev na področju zdravstvene nege duševnega zdravja in psihiatrije. Zaposleni v zdravstveni negi so v interakciji s pacientom, ki izkazuje agresivno vedenje, odgovorni za njihovo varnost, varnost okolja in varnost ostalih pacientov. Intervencija fizičnega oviranja mora biti usmerjena k varnemu interveniranju in ohranjanju terapevtskega odnosa med medicinsko sestro in pacientom. Za preprečevanje agresivnega vedenja pacientov je

pomembno, da so zaposleni v zdravstveni negi strokovno usposobljeni in seznanjeni z intervencijami, ki vključujejo različne proaktivne ne-invazivne pristope. Potrebna je večja ozaveščenost in usposabljanje zaposlenih v zdravstveni negi ter poznavanje intervencij, ki temeljijo na dokazih. Zaradi navedenih spoznanj, se želimo bolj poglobiti in analizirati intervencije, ki spodbujajo manj omejevalno in varnejše okolje za paciente na oddelkih pod posebnim nadzorom.

2 EMPIRIČNI DEL

V diplomskem delu je bil izveden pregled literature s področja intervencij v praksi zdravstvene nege za zagotavljanje varnosti pacientov na oddelkih pod posebnim nadzorom.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil raziskati učinkovitost intervencij v praksi zdravstvene nege pri preprečevanju uporabe PVU ter agresivnega vedenja pacientov na oddelkih pod posebnim nadzorom. Da bi dobili podroben in celovit pogled na obstoječe intervencije, podprte z najboljšimi dokazi, smo opravili sistematično iskanje znanstvene literature ter hkrati raziskali, če so opredeljeni v mednarodni klasifikaciji NIC.

Cilj diplomskega dela je bil ugotoviti učinkovitost intervencij zdravstvene nege pri preprečevanju uporabe PVU ter agresivnega vedenja pacientov na oddelkih pod posebnim nadzorom.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Raziskovalno vprašanje smo zastavili po pristopu po Melnyk & Fineout-Overholt (2019), in sicer se glasi:

»Katere intervencije v zdravstveni negi (I) so se izkazale za učinkovite pri preprečevanju uporabe PVU ter agresivnega vedenja (O) pacientov na oddelkih pod posebnim nadzorom (P)?«

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Izveden je bil sistematični pregled znanstvene literature, kjer smo vsebinsko upoštevali naš namen pregleda literature. Delo je temeljijo na opisnem pristopu dela, kjer smo

analizirali, primerjali, povzemali in sintetizirali ugotovitve znanstvene literature (Vetrih, 2015).

2.3.1 Metode pregleda literature

Strokovno literaturo smo poiskali v naslednjih bibliografskih bazah: PubMed, CINAHL, Cochrane Library in Wiley Online Library. Ključne iskalne besede in besedne zveze so bile : »psychiatric units«, »psychiatric wards«, »mental health settings«, »therapeutic interventions«, »alternative interventions«, »reduce«, »preventive«, »coercion«, »restraint«, »coercive«, »mechanical restraint«, »coercive measures«, »aggressive behaviour«, »aggression«, »violent« in »violence«. S pomočjo iskalnih besed in besednih zvez smo si oblikovali iskalno strategijo z naslednjim iskalnim nizom: (psychiatric unit* OR psychiatric ward* OR mental health setting*) AND (therapeutic intervention* OR alternative intervention* OR reduc* OR prevent*) AND (coercion OR restraint OR coercive* OR coercive measure* OR mechanical restraint*) AND (aggressive behavior OR aggression OR violent OR violence). Vključitveni kriteriji, ki smo jih uporabili pri iskanju literature, so bili: (1) pacienti na oddelkih pod posebnim nadzorom, (2) intervencije v zdravstveni negi, (3) preprečevanje uporabe PVU in agresivnega vedenja, (4) iskanje vseh vrst raziskovalnih člankov med letoma 2012 in 2022, (5) iskanje literature v angleškem jeziku ter (6) prosto dostopni članki v celotnem besedilu. Z namenom zmanjšanja zadetkov smo izključili vso literaturo, ki ni ustrezala vsebini in tematiki diplomskega dela, duplikate, knjige in dokumente, zbornike konferenc, uvodnike, pregledne članke, raziskave, ki temeljijo na kvalitativni metodologiji ter raziskave, izvedene v forenzično psihiatričnem okolju.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

V diplomskem delu smo s pomočjo podatkovnih baz, uporabljenimi iskalnimi limiti in našim iskalnim nizom ter z zgoraj omenjeno metodo dela naredili dokončen nabor zadetkov, zajetih v pregled literature. Rezultate iskanja zadetkov po posameznih mednarodnih podatkovnih bazah smo predstavili v tabeli 1. Z omenjenimi omejitvenimi kriteriji smo pridobili 285 rezultatov, in sicer smo v podatkovni bazi PubMed dobili 115

zadetkov, CINAHL nam je izdal 7 zadetkov, Wiley Online Library 118 zadetkov ter Cochrane Library 45 zadetkov. V iskalniku Google Scholar smo dodatno poiskali ter dodali še 5 zadetkov. Najprej smo pregledali vse pridobljene zadetke le po naslovu in izvlečku ter jih izključili 260. Nato smo v natančno branje vključili 22 zadetkov, od katerih smo uporabili 13 ustreznih člankov. S PRISMA-diagramom (slika 2) smo iskanje literature prikazali tudi shematsko (Moher, et al., 2015).

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

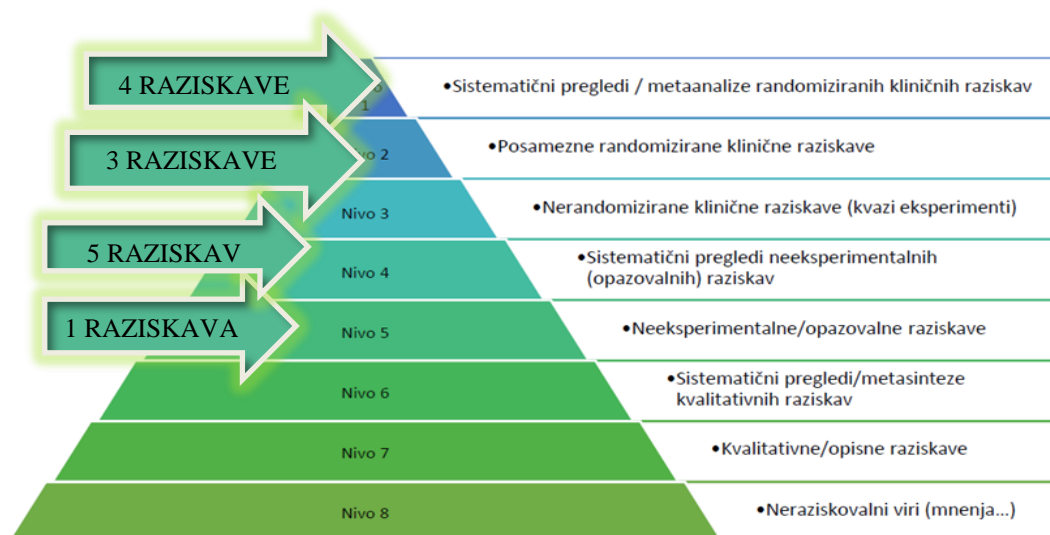
Podatkovne baze	Iskalni niz	Število dobljenih zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
CINAHL	(psychiatric unit* OR psychiatric ward* OR mental health setting*) AND (therapeutic intervention* OR alternative intervention* OR reduc* OR prevent*) AND (coercion OR restraint OR coercive* OR coercive measure* OR mechanical restraint*) AND (aggressive behavior OR aggression OR violent OR violence)	7	1
PubMed	(psychiatric unit* OR psychiatric ward* OR mental health setting*) AND (therapeutic intervention* OR alternative intervention* OR reduc* OR prevent*) AND (coercion OR restraint OR coercive* OR coercive measure* OR mechanical restraint*) AND (aggressive behavior OR aggression OR violent OR violence)	115	2
Cochrane Library	(psychiatric unit* OR psychiatric ward* OR mental health setting*) AND (therapeutic intervention* OR alternative intervention* OR reduc* OR prevent*) AND (coercion OR restraint OR coercive* OR coercive measure* OR mechanical restraint*) AND (aggressive behavior OR aggression OR violent OR violence)	45	2
Wiley Online Library	(psychiatric unit* OR psychiatric ward* OR mental health setting*) AND (therapeutic intervention* OR alternative intervention* OR reduc* OR prevent*) AND (coercion OR restraint OR coercive* OR coercive measure* OR mechanical restraint*) AND (aggressive behavior OR aggression OR violent OR violence)	118	3
Google Scholar	dodatno dodani povezani članki	/	5

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Aveyardova (2019) priporoča, da se za analizo pregleda literature uporabi tematska analiza. Tematska analiza poteka po principu kvalitativne analize, ki temelji na odprtem kodiranju.

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Za oceno verodostojnosti in moči vključenih virov v pregled literature smo uporabili hierarhijo dokazov, ki dokaze deli na 8 nivojev (Polit & Beck, 2021) (slika 1). Štiri raziskave (Gaynes, et al., 2017; Hirsch & Steinert, 2019; Fernández-Costa, et al., 2020; Mullen, et al., 2022) smo uvrstili v raven 1 – sistematični pregledi/metaanaliza randomiziranih kliničnih raziskav, tri smo (Bowers, et al., 2015; Ye, et al., 2021; Celofiga, et al., 2022) razvrstili v raven 2 – posamezne randomizirane klinične raziskave, pet (Baumgardt, et al., 2019; Fletcher, et al., 2019; Bhat, et al., 2020; Dickens, et al., 2020; Lickiewicz, et al., 2021) v raven 3 – nerandomizirane klinične raziskave, kvazi eksperimenti, tudi v raven 4 – sistematični pregledi neeksperimentalnih, opazovalnih raziskav – smo uvrstili eno raziskavo (Pérez-Toribio, et al., 2021).



Slika 1: Hierarhija dokazov v znanstveno raziskovalnem delu

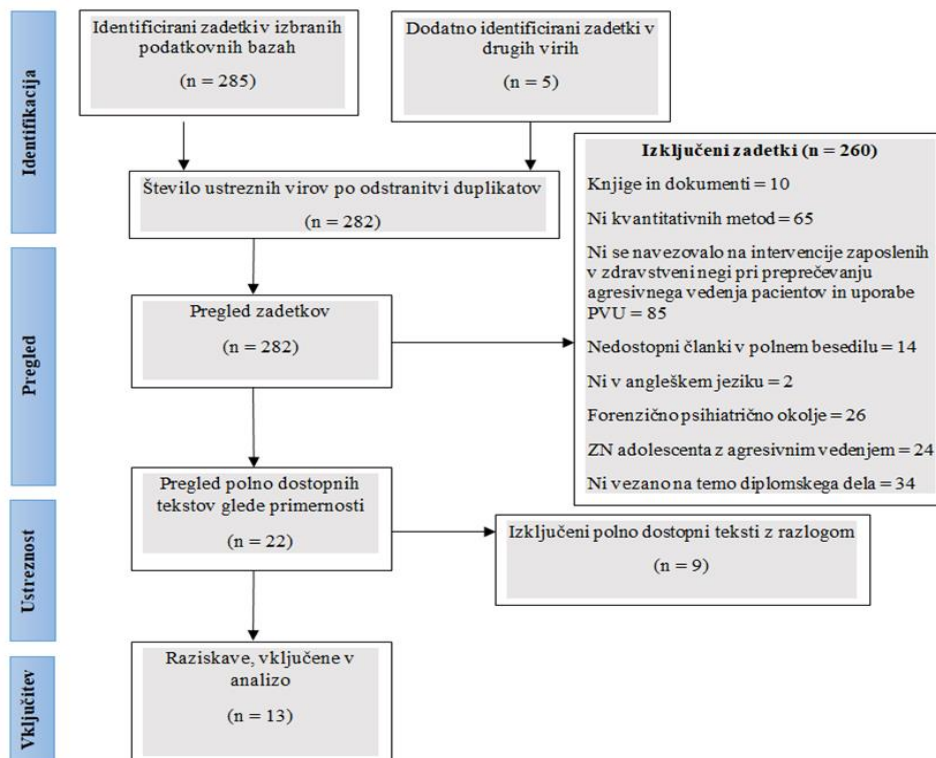
(Polit & Beck, 2021)

2.4 REZULTATI

Rezultate smo predstavili shematsko in tabelarično.

2.4.1 PRISMA-diagram

Na sliki 2 smo s pomočjo PRISMA-diagrama shematsko prikazali celoten postopek, po katerem smo prišli do končnega števila virov, primernih za končno analizo. S predhodno omenjenim iskalnim nizom in omejitvenimi kriteriji smo pridobili 285 virov. Poiskali in dodali smo še 5 virov iz iskalnika Google učenjak (Google Scholar). Po odstranitvi duplikatov smo dobili 282 virov. Po pregledu naslovov in izvlečkov, smo izločili 260 virov. Za pregled v polnem besedilu nam je ostalo 22 virov, katerih vsebina je bila ustrezna ter dovolj usmerjena v naš problem. Od 22 izbranih virov, ki smo jih pregledali v polnem besedilu, smo zaradi razloga po vključitvi visokokvalificiranih raziskav, odstranili še 9 virov. Za končno analizo smo izbrali 13 vsebinsko najbolj primernih virov glede na naslov našega diplomskega dela, zastavljene cilje in raziskovalna vprašanja.



Slika 2: PRISMA diagram

(Moher, et al., 2015)

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

V tabeli 2 smo predstavili pregledane vire po imenu avtorja, letnice objave vira, države raziskave in posameznih značilnosti virov, kot so raziskovalni dizajn, namen/cilji raziskave, vzorec, glavne ugotovitve pregledanih virov in ocena kakovosti oz. raven dokaza.

Tabela 2: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor, leto objave	Namen/cilj raziskave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja	Raven dokaza
Baumgardt, et al., 2019	Ovrednotiti učinkovitost 10-mesečnega izvajanja modela »Safewards« in njegovega vpliva na PVU.	Kvantitativno zasnovana metodologija – kvazi-eksperimentalna raziskava	Pacienti (n = 103) na dveh oddelkih pod posebnim nadzorom, Nemčija.	Model »Safewards« je mednarodno uveljavljen in zelo učinkovit pri preprečevanju agresivnega vedenja in PVU. Stopnja pojavnosti obeh spremenljivk se je po izvajanju modela zmanjšala na obeh intervencijskih oddelkih.	Raven 3
Bhat, et al., 2020	Oceniti učinkovitost Milieu terapije pri preprečevanju konfliktov in PVU na oddelkih pod posebnim nadzorom med pacienti z medicinsko diagnozo shizofrenija.	Kvantitativno zasnovana metodologija – kvazi-eksperimentalna raziskava	n = 4 oddelki pod posebnim nadzorom, n = 50 pacientov kontrolna skupina, n = 50 intervencijska skupina, Indija.	Rezultati spremenljivk od izhodišča do 15. dneva so pokazali statistično pomembno zmanjšano stopnjo pojavnosti agresivnega vedenja, samopoškodovalnega vedenja ter neupoštevanja splošnih pravil oddelka.	Raven 3
Bowers, et al., 2015	Oceniti učinkovitost modela »Safewards«, namenjenega zaposlenim v zdravstveni negi pri preprečevanju konfliktov in PVU na oddelkih pod posebnim nadzorom.	Kvantitativno zasnovana metodologija – randomizirana raziskava	n = 15 psihiatričnih bolnišnic, n = 31 oddelkov pod posebnim nadzorom, n = 16 oddelkom dodeljen multimodalni intervencijski model »Safewards«, Velika Britanija.	V intervencijski skupini je model »Safewards« zmanjšal stopnjo konfliktov za 15 %, stopnjo zadrževalnih ukrepov za 26,4 %. Raziskava je pokazala močne dokaze o učinkovitosti modela »Safewards«.	Raven 2
Celofiga, et al., 2022	Oceniti vpliv usposabljanja zdravstvenih delavcev s tehnikami deeskalacije in učinek le-teh na pojavnost in obsežnost agresivnih dogodkov ter uporabo fizičnih omejitev pacientov.	Kvantitativno zasnovana metodologija – randomizirana raziskava	n = 6.401 pacientov, n = 3.190 pacientov v izhodiščnem obdobju raziskave, n = 3.211 pacientov v intervencijskem obdobju, vse psihiatrične bolnišnice v Sloveniji.	Raziskava je pokazala močne dokaze o učinkovitosti tehnik deeskalacije. V izhodiščnem obdobju raziskave ni bilo pomembnih razlik v incidenci agresivnega vedenja in PVU med intervencijskimi in kontrolnimi skupinami. Stopnje pojavnosti agresivnih dogodkov, hudih agresivnih dogodkov in fizičnih omejitev na 100 dni zdravljenja so se na intervencijskih oddelkih po posegu znatno zmanjšale (40 %).	Raven 2
Dickens, et al.,	Oceniti model	Kvantitativna	20-tedensko izvajanje	Pomemben vidik rezultatov je bil, da so se konfliktni	Raven 3

Avtor, leto objave	Namen/cilj raziskave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja	Raven dokaza
2020	»Safewards«.	ne-randomizirana longitudinalna raziskava	na 8 psihiatričnih oddelkih (4-tedenska priprava, 12-tedensko izvajanje in 4-tedenska faza izida) (n = 142 pacientov), Avstralija.	dogodki zmanjšali za 23 % , dogodki PVU za 12 % . Avtorji raziskave so intervencije modela »Safewards« opredelili kot pristop, ki temelji na dokazih in lahko prispeva k zmanjšanju PVU, če se izvajajo z visoko natančnostjo.	
Fernández-Costa, et al., 2020	Analizirati učinkovitost preventivnih intervencij, ki bi lahko koristile za preprečevanje PVU pri pacientih, ki izkazujejo agresivno vedenje.	Sistematični pregled literature	n = 21 raziskav, n = 9 sistematičnih pregledov, n = 3 randomizirane klinične raziskave, n = 3 opazovalne raziskave, n = 6 kvazi-eksperimentalne raziskave, Španija.	Avtorji kot najbolj ocenjene in učinkovite intervencije, izpostavljajo multimodalna programa »Šest temeljnih strategij« (»Six Core Strategies« –v nadaljevanju »6CS«) in »Safewards«. Raziskave so pokazale tesno povezanost med izvajanjem omenjenih modelov in zmanjšanjem PVU ter agresivnega vedenja pacientov.	Raven 1
Fletcher, et al., 2019	Preučiti izkušnje pacientov po izvajanju modela »Safewards« na oddelkih pod posebnim nadzorom.	Kvantitativno in kvalitativno zasnovana metodologija	n = 72 anket z zaprtimi in odprtimi vprašanji; n = 10 psihiatričnih bolnišnic; 9 – 12 mesecev po izvajanju modela »Safewards«, Avstralija.	Odzivi pacientov na model »Safewards« so bili spodbudni. Pacienti so se počutili varneje in bolj povezani z zaposlenimi v zdravstveni negi. Poročali so, da so se verbalni in fizični agresivni dogodki zmanjšali zaradi učinkovitih intervencij modela. Raziskava poudarja, da model »Safewards« zagotavlja pot, ki vodi k zmanjševanju PVU in omogoča premik k praksi, usmerjen v okrevanje.	Raven 3
Gaynes, et al., 2017	Ugotoviti učinkovitost intervencij za preprečevanje agresivnega vedenja in PVU pri pacientih z duševnimi motnjami na oddelkih pod posebnim nadzorom.	Sistematični pregled literature	n = 3628 udeležencev, n = 15 randomiziranih raziskav, n = 2 retrospektivni kohortni raziskavi, Združene države Amerike.	Za preprečevanje agresivnega vedenja in PVU je raziskava klasificirala 5 širokih intervencij: <i>usposabljanje zaposlenih, ocena tveganja, multimodalni programi, okoljski ali skupinski psihoterapevtski posegi ter protokol zdravil</i> . Cilj usposabljanja je oborožiti zaposlene v zdravstveni negi z inovativnim znanjem, ki lahko pripomore k deeskalaciji agresije.	Raven 1
Hirsch & Steinert, 2019	Posredovati učinkovite intervencije, ki so bile	Sistematični pregled	n = 84 raziskav, n = 16 raziskav je imelo	Učinkovite intervencije so bile kategorizirane po sedmih različnih vrstah vsebine: <i>organizacija,</i>	Raven 1

Avtor, leto objave	Namen/cilj raziskave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja	Raven dokaza
	preučevane za preprečevanje PVU in agresivnega vedenja pacientov.	literature	kontrolno skupino, n = 6 od teh randomizirane kontrolirane raziskave, Nemčija.	<i>usposabljanje zaposlenih, ocena tveganja, terapevtsko okolje, psihoterapija, razprave o prisilnih ukrepih s pacienti in vnaprejšnja navodila.</i> Razpoložljivi dokazi so pokazali, da je bila večina preučevanih intervencij v vsaki kategoriji učinkovita. Dokazali so, da so imeli kontrolni seznam za nasilje Brøset ter multimodalna intervencijska programa »6CS« in »Safewards« najboljše dokazane učinke, in sicer zaradi svojega pristopa ter vključenih komponent. V preučevanih raziskavah so se epizode agresivnih dogodkov in PVU na intervencijskih oddelkih znatno zmanjšali.	
Lickiewicz, et al., 2021	Oceniti učinkovitost 8-mesečnega izvajanja modela »Safewards« pri preprečevanju agresivnega vedenja pacientov in PVU.	Kvantitativna ne-randomizirana raziskava	Oddelek pod posebnim nadzorom (n = 450 preiskovancev); število PVU je bilo zabeleženo in primerjano v dveh 8-mesečnih obdobjih, eno z intervencijami modela in drugo brez, Poljska.	Fizično oviranje pacientov se je v dnevni izmeni zmanjšalo za 21 %, v nočni izmeni za 27 %. V kontrolnem obdobju je bilo skupno število fizično oviranih pacientov 173, v intervencijskem obdobju je padlo na 119, torej 31 %. Avtorji zagovarjajo vključitev modela »Safewards« v dodiplomski študijski program zdravstvene nege.	Raven 3
Mullen, et al., 2022	Sintetizirati trenutno znanje in razumevanje modela »Safewards« s stališča pacientov in zaposlenih v zdravstveni negi.	Sistematični pregled literature	n = 10 kvantitativnih raziskav, n = 6 raziskav z mešano raziskovalno metodologijo, n = 3 strokovno mnenje, Velika Britanija.	Raziskava je potrdila učinkovitost intervencij modela »Safewards«. Model »Safewards« omogoča zaposlenim v zdravstveni negi prakso, usmerjeno v okrevanje pacientov, odvisen je od prisotnosti, aktivnega poslušanja in izkazovanja spoštovanja. Ni bilo močnih in trdnih dokazov o učinkovitosti modela z vidika pacientov.	Raven 1
Pérez-Toribio, et al., 2021	Preučiti razmerje in pomembnost med uporabo deeskalacijskih tehnik zaposlenih v zdravstveni negi in	Kvantitativno zasnovana metodologija – retrospektivna kohortna	8-letna kohortna raziskava je analizirala računalniške zapise 493 pacientov z uvedenim fizičnim	Kohorta je zabeležila 493 epizod fizičnih omejitev. Najbolj pogosti medicinski diagnozi fizično oviranih pacientov sta bili shizofrenija in psihotične motnje, ki so predstavljale več kot 40 % primerov (n = 198). Najpomembnejša razloga, ki sta zahtevala fizično	Raven 4

Avtor, leto objave	Namen/cilj raziskave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja	Raven dokaza
	kliničnim profilom pacientov, ki so bili na oddelkih pod posebnim nadzorom deležni fizičnega oviranja.	raziskava	oviranjem, Španija.	oviranje, sta bila agresivno vedenje do drugih ter vznemirjenost (n = 257). Glavna ugotovitev avtorjev je, da pri več kot 40 % pacientov, ki so v obdobju raziskave prejeli fizično oviranje, niso bili uporabljeni nobeni predhodni poskusi deeskalacijskih tehnik s strani zaposlenih v zdravstveni negi.	
Ye, et al., 2021	Preučiti učinkovitost programa usposabljanja za deeskalacijo.	Kvantitativno zasnovana metodologija – randomizirana raziskava	n = 12 akutnih oddelkov; n = 6 oddelkov intervencijska skupina, n = 6 oddelkov kontrolna skupina, Kitajska.	V primerjavi s kontrolno skupino se je pogostnost in trajanje fizičnega oviranja v intervencijski skupini znatno zmanjšala. Rezultati so pokazali tudi očitne razlike med kontrolno in intervencijsko skupino v številu neželenih dogodkov (poškodbe), tako na strani pacientov kot medicinskih sester.	Raven 2

V tabeli 3 smo predstavili sintezo podatkov na podlagi tematske analize po avtorici Aveyard (2019). S postopkom odprtega kodiranja smo identificirali kode, ki smo jih razdelili na dve glavni temi, *učinkovite preventivne individualne intervencije* in *učinkoviti preventivni multimodalni programi*. Zaradi boljše preglednosti in razumljivosti smo glavni temi razdelili v dve podtemi, in sicer *tehnike deeskalacije, strukturirana orodja za oceno tveganja agresivnega vedenja* ter *Milieu terapija* in *”Safewards”* ter *”6CS”*. Kode so se bolj gostile v temi *učinkoviti preventivni multimodalni programi*.

Tabela 3: Razporeditev kod po kategorijah

Glavna tema	Pod teme	Kode	Avtorji
UČINKOVITE PREVENTIVNE INDIVIDUALNE INTERVENCIJE	tehnike deeskalacije, strukturirana orodja za oceno tveganja agresivnega vedenja, Milieu terapija.	verbalne in neverbalne komunikacijske spretnosti – izobraževanje in usposabljanje osebja – preusmerjanje pozornosti – zmanjševanje napetosti na oddelku – aktivno poslušanje – obvladovanje zahtevnih situacij – takojšnja identifikacija – analiza dejavnikov tveganja – instrumenti za preprečevanje uporabe PVU – ustrezna začetna ocena – znanje – razvijanje pozitivnih medosebnih odnosov – terapevtski odnos – oblikovanje psihoterapevtskega okolja – podpiranje varnosti – krepitev varnosti – konstruktivno okolje	Pérez-Toribio, et al., 2021; Hirsch & Steinert, 2019; Fernández-Costa, et al., 2020; Ye, et al., 2021; Celofiga, et al., 2022; Bhat, et al., 2020; Gaynes, et al., 2017.
UČINKOVITI PREVENTIVNI MULTIMODALNI PROGRAMI	»6CS« »Safewards«	Kompleksnost – celovitost – neinvazivni pristop – uporabniku prijazen – ekonomičen – kompakten – pripomoček za zmanjševanje agresivnega vedenja – razumevanje modifikatorjev s strani pacientov in zaposlenih v zdravstveni negi – visokokakovostna zdravstvena oskrba – fokus na varnejše okolje – osredotočenost na pozitivni medosebni odnos – smiselno terapevtsko sodelovanje – razvijanje, integracija znanja	Hirsch & Steinert, 2019; Fernández-Costa, et al., 2020; Gaynes, et al., 2017; Lickiewicz, et al., 2021; Mullen, et al., 2022; Fletcher, et al., 2019; Dickens, et al., 2020; Bowers, et al., 2015; Baumgardt, et al., 2019.

Glavna tema	Pod teme	Kode	Avtorji
		zaposlenih v zdravstveni negi – kompleksen proces – vključevanje pacientov pri implementaciji intervencij – izboljšanje socializacije – učinkovito zmanjševanje konfliktov in PVU – inovativno znanje – organizacijske novitete – organizacijski model – večperspektivni pogled – usklajevanje zdravstvene oskrbe – pomoč pacientom pri raziskovanju in razumevanju vedenja – učinkovitost intervencij odvisna od podpore in pripravljenosti zaposlenih v zdravstveni negi – medsebojna odvisnost	

2.5 RAZPRAVA

Agresivno vedenje pacientov in nasilje nad člani zdravstvenega tima ter drugimi pacienti predstavljata resen problem na oddelkih pod posebnim nadzorom. Pacientovo agresivno vedenje lahko vpliva na fizično in psihično zdravje zdravstvenih delavcev, strah, prisoten v ozračju potencialne nevarnosti, pa lahko spodkopava zdravstveno oskrbo pacientov. Pacienti, ki izkazujejo ali usmerjajo agresivno vedenje proti sebi, drugim ali svoji okolici, so pogosto izpostavljeni različnim restriktivnim metodam, kot so omejitve gibanja znotraj enega prostora, fizično in mehanično oviranje ter prisilna medikamentozna terapija, vendar implementacija teh metod še izdatneje poveča stres in napetost na oddelku, pri pacientih in zaposlenih pa lahko povzroči hude telesne poškodbe in posttravmatski stres (Doedens, et al., 2020). Poznavanje in usposobljenost na področju preprečevanja agresivnega vedenja pacientov je ključna komponenta zdravstvene nege na področju duševnega zdravja in psihiatrije, pristopi in intervencije zaposlenih v zdravstveni negi pa morajo biti orientirani v preventivne terapevtske ukrepe, ki zmanjšujejo tveganje za razvoj agresivnih dogodkov in uporabo PVU.

2.5.1 Individualne preventivne intervencije

Pristopi, vedenje in način dela ter izvajanje različnih PVU zaposlenih v zdravstveni negi lahko vplivajo na varnost in pojav agresivnega vedenja pacientov na oddelkih pod posebnim nadzorom (Trstenjak, 2016), zato se je fokus stroke na področju duševnega zdravja in psihiatrije preusmeril na ciljno usmerjene pristope, ki v ospredje postavljajo delovanje zaposlenih v zdravstveni negi (preventivni terapevtski ukrepi oz. preventivne intervencije) (Kuivalainen, et al., 2017). Preventivne individualne intervencije omogočajo pacientom in zaposlenim v zdravstveni negi varnejšo, manj restriktivno, hitro alternativo tradicionalnim metodam obvladovanja agresivnega vedenja, kot so uporaba PVU (Hallett & Dickens, 2017). Z individualnimi preventivnimi intervencijami, ki temeljijo na ustreznem pristopu, vzpostavitvi terapevtskega odnosa, dobrem poznavanju verbalne in neverbalne komunikacije ter poznavanju faktorjev agresivnosti in kazalcev agresivnega vedenja, lahko preprečimo agresivne dogodke in potrebo po uporabi PVU.

Eden izmed preventivnih terapevtskih ukrepov pri obvladovanju agresivnega vedenja so tehnike deeskalacije, ki so prilagojene zmanjšanju tveganja za agresivno vedenje med fazo eskalacije vedenja, predvsem z implementacijo verbalnih in neverbalnih komunikacijskih spretnosti. V strokovni literaturi je klasificiranih sedem vsebin, ki se osredotočajo na omenjene tehnike (Ayhan & Hicdurmaz, 2020). Tri se navezujejo na veščine zdravstvenega osebja (verbalne in neverbalne veščine, zagotavljanje samokontrole) in štiri na proces intervencije (soočanje s pacientom, ukrepanje, omogočanje udobnih pogojev za deeskalacijo, deeskalacijske paradigme) (Horvat, 2014). Tehnike deeskalacije veljajo kot metode prve izbire na neizbežno agresijo (Ayhan & Hicdurmaz, 2020). Osem-letna kohortna raziskava (Pérez-Toribio, et al., 2021), ki je temeljila na analizi računalniške dokumentacije hospitaliziranih pacientov na oddelkih pod posebnim nadzorom, poudarja pomen zgodnjih intervencij tehnik deeskalacije s strani zaposlenih v zdravstveni negi. Ustrezen terapevtski odnos je potrebno vzpostaviti že ob samem sprejemu pacienta, saj se je v raziskavi agresivno vedenje pacienta, ki je zahtevalo uporabo fizičnega oviranja, pojavilo v povprečju šesti dan hospitalizacije. Glavna ugotovitev avtorjev (Pérez-Toribio, et al., 2021) je, da pri

več kot 40 % pacientov z duševno motnjo, ki so v obdobju raziskave bili fizično ovirani, niso bili uporabljeni nobeni predhodni poskusi tehnik deeskalacije s strani zaposlenih v zdravstveni negi. Zaposlene v zdravstveni negi, ki delajo v skrbi za pacienta na področju duševnega zdravja in psihiatrije, je potrebno usposobiti z znanji in veščinami tehnik deeskalacij, saj je bila pojavnost agresivnih dogodkov in PVU najnižja v skupinah, v katerih se je zdravstveno osebje teoretično in praktično usposabljal (Hirsch & Steinert, 2019; Fernández-Costa, et al., 2020; Pérez-Toribio, et al., 2021).

Na področju duševnega zdravja in psihiatrije je delovanje zaposlenih v zdravstveni negi naravnano v zmanjševanje oziroma preprečevanje tistih fenomenov in dejavnikov tveganja, ki lahko privedejo do razvoja agresivnega vedenja (Vieta, et al., 2017). Vznemirjenost oziroma agitiranost je razgibana situacija, ki se lahko hitro stopnjuje v agresivno vedenje. Zdravstvena nega vznemirjenega pacienta se vedno začne z verbalno deeskalacijo, s katero pacienta vodimo v bolj miren osebni prostor (Baldaçara, et al., 2019). Baldaçara, et al. (2019) so v Braziliji na podlagi svojega sistematičnega pregleda izdelali klinične smernice za obvladovanje agresivnega vedenja pacientov, ki jih je razvila skupina 11 brazilskih psihiatrov. Klinične smernice poudarjajo, da bi morale biti tehnike deeskalacije priznane kot prednostna intervencija pri obravnavi agresivnega vedenja pacienta. Ker so smernice temeljile pretežno na strokovnih mnenjih in kliničnih izkušnjah, so se pojavljali dvomi in negotovosti glede učinkovitosti kliničnih smernic za obvladovanje agresivnega vedenja pacientov, in so posledično zahtevali potrebo po višji hierarhiji dokazov. Naključno nadzorovana raziskava na Kitajskem je ugotavljala pomembnost deeskalacijskih tehnik (Ye, et al., 2021). V raziskavo so vključili 1802 medicinskih sester na 6 različnih oddelkih, zaposlene tako na odprtih kot zaprtih oddelkih. Kontrolna skupina je bila deležna osnovnega tečaja umirjanja pacienta z agresivnim vedenjem, medtem ko je intervencijska skupina poleg osnovnega tečaja opravila še dodatno usposabljanje, ki je temeljilo na deeskalacijskih tehnikah – CRSCE (Communication – komunikacija, Response – odziv, Solution-Focused Technique – tehnika, osredotočena na rešitev, Care – skrb in Environment – okolje). Ugotovitve raziskave (Ye, et al., 2021) so pokazale statistično pomembne razlike med kontrolno in intervencijsko skupino, in sicer v pojavnosti agresivnega vedenja, fizičnem oviranju pacientov ter izrazite razlike v številu neželenih dogodkov (poškodbe), ki so bile

posledica fizičnega oviranja, tako na strani pacientov (intervencijska skupina = 13, kontrolna skupina = 27) kot zaposlenih v zdravstveni negi (intervencijska skupina = 4, kontrolna skupina = 16). Da lahko z uporabo tehnik deeskalacije učinkovito preprečimo razvoj agresivnega vedenja in s tem tudi ustrezno nadaljnjo zdravstveno obravnavo pacienta na oddelku, so s svojo raziskavo, izvedeno v vseh psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji, potrdili tudi Celofiga, et al. (2022). Med drugim je analiza rezultatov pokazala tudi bistvena zmanjšanja na področjih stopnje pojavnosti agresivnih dogodkov (73 %), težkih nasilnih dogodkov (86 %) in pojavnosti fizičnih omejitev (30 %). Intervencijski in kontrolni oddelki so bili po večini značilnosti enakovredni, saj v izhodiščnih in intervencijskih fazah raziskave ni bilo statistično pomembnih razlik v demografskih značilnostih pacientov v obeh skupinah.

Agresivno vedenje pacienta z duševno motnjo je pretežno povezano s specifičnimi dejavniki tveganja, ki se kažejo v spremenjenem vedenju pacienta. Agresivne epizode vedenja pacientov, povezane s posebnimi dejavniki tveganja (npr. moški spol, zgodovina nasilja, številne predhodne hospitalizacije), se lahko kažejo s predhodnimi vedenjskimi opozorilnimi znaki (grozav izraz na obrazu, neproduktivna, ponavljajoča se verbalna aktivnost, znojenje, stiskanje pesti, vlečenje oblačil, povečan ton govora, prestopanje) (Baldaçara, et al., 2019). Interakcija s pacientom mora biti usmerjena v zgodnje intervencije in s tem tudi v pravočasno zagotavljanje varnosti. V ta namen je bilo razvitih in preizkušenih več različnih strukturiranih orodij za oceno tveganja, s katerimi lahko napovemo, da pacient postane agresiven. Najpogostejše med njimi so: Brøset lestvica nasilnega vedenja (BVC – Brøset Violence Checklist), lestvica odkrite agresije (OAS – Overt Aggression Scale) ter dinamična ocena situacijske agresije (DASA – Dynamic Appraisal of Situational Aggression). Številni avtorji raziskav (Gaynes, et al., 2017; Hirsch & Steinert, 2019; Fernández-Costa, et al., 2020) kot najbolj učinkovito, sprejemljivo, veljavno in predvidljivo orodje pri napovedi tveganja agresivnega vedenja pacienta z duševno motnjo, izpostavljajo BVC lestvico. Lestvica je bila oblikovana na podlagi najpogostejših vzorcev vedenja pred agresivnimi neželenimi dogodki in vključuje šest najbolj značilnih vedenjskih motenj: (1) zmedenost, nemir, (2) napetost, razdražljivost, konfliktnost, (3) glasnost, zahtevnost, (4) verbalne grožnje, (5) fizične grožnje ter (6) nasilnost do predmetov. Iz lestvice lahko razberemo, kako se

agresivno vedenje pri pacientu razvija oziroma spreminja v pojavnih oblikah in intenziteti (Baldaçara, et al., 2019). Avtor Gaynes, et al. (2017) navaja, da je njihova raziskava doprinesla dokaz, ki potrjuje, da kratkoročna ocena tveganja na podlagi lestvice BVC zmanjša pojavnost poznejših agresivnih dogodkov. V raziskavi Hirscha in Steinerta (2019) se je tveganje za uporabo PVU v intervencijski skupini zmanjšalo za 27 %, medtem ko se je v kontrolni skupini povečalo za 10 %. V raziskavi Fernández-Costa, et al. (2020) je uporaba lestvice na vzorcu 2030 udeležencev na Danskem, zmanjšala tveganje razvoja agresivnega vedenja za kar 45 %. Avtorji sistematičnih pregledov (Gaynes, et al., 2017; Hirsch & Steinert, 2019; Fernández-Costa, et al., 2020) so zapisali, da BVC lestvica omogoča zaposlenim v zdravstveni negi izdelavo individualnega načrta za obvladovanje potencialnega agresivnega vedenja, kateremu sledijo ustrezne intervencije (terapevtski in individualni pogovor, opazovanje psihofizičnega stanja pacienta, diskretni nadzor pacienta, usmerjanje v ustrezno vedenje, uporaba deeskalacijskih tehnik) glede na potrebe posameznega pacienta in kompleksnost situacije. Vendar največji in najboljše mednarodni sistematični pregled BVC lestvice (Hvidhjelm, et al., 2023), v katerem je bilo standardizirano orodje uporabljeno v več kot 20 evropskih državah ter več kot polovica vključenih raziskav je bila izvedenih na oddelkih pod posebnim nadzorom, razkriva, da lahko neustrezno ocenjevanje privede tudi do lažno pozitivnih ali lažno negativnih rezultatov. Lažno pozitivne rezultate lahko obrazložimo kot okoliščino, v kateri zaposleni v zdravstveni negi pacienta ocenijo kot »visoko tveganje« agresivnega vedenja, vendar se nato ne vedejo agresivno, rezultati pri lažno negativni oceni pa so ravno nasprotni. V lažno pozitivni situaciji lahko zaposleni v zdravstveni negi izvršijo intervencijo, ki sproži konflikt med zaposlenim in pacientom, in s tem posledično dosežejo nasprotni učinek (Singh, 2013). Ta poglobljena in celovita raziskava (Hvidhjelm, et al., 2023) zagovarja kreiranje dodatnega elementa na kontrolni seznam BVC orodja, in sicer – *vključevanje pacienta v oceno lastnega tveganja za agresivno vedenje* – saj jih neustrezna ocena lahko marginalizira kot posameznika ter hkrati, kot je predhodno omenjeno, izzove neučinkovite in neprimerne intervencije v poizkusu preprečevanja agresivnega vedenja.

Zaposlenim v zdravstveni negi na oddelkih pod posebnim nadzorom je velik izziv vzpostaviti okolje, ki spodbuja okrevanje in varnost pacientov ter za zaposlene v zdravstveni negi pozitivno motivirajoče delovno okolje. Zaposleni v zdravstveni negi morajo v psihiatričnem bolnišničnem okolju izvajati varne intervencije, ki spodbujajo okrevanje in varnost pacientov (Ergun, et al., 2017). Ena izmed učinkovitih intervencij za zagotavljanje terapevtskega okolja je Milieu terapija. Ustvarjanje terapevtskega okolja – Milieu terapija – je osnovna intervencija zdravstvene nege na področju duševnega zdravja in psihiatrije ter zajema vse elemente v neposrednem bolnišničnem okolju. Pri Milieu terapiji se običajni dogodki iz okolja (zdravstveno osebje, pacienti, fizična struktura oddelka, organiziranost in čustveno ozračje) uporabljajo kot učne priložnosti za paciente, s katerimi jim postopoma povrnemo odgovornost in iniciativo za vključitev v vsakdanje življenje (Caesar, 2015; Ergun, et al., 2017; Šubic, 2017). Avtorji raziskave (Bhat, et al., 2020), izvedene v Indiji, poudarjajo, da aktivnosti (zagotavljanje varnega okolja, uveljavljanje strukturiranega rasporeda aktivnosti na oddelku, ustvarjanje učinkovite interakcije s pacientom, izboljšanje ravnovesja med podpornim in nadzornim okoljem, poučevanje pacientov o različnih nasprotujočih se vedenjih, njihovih sprožilcih in posledicah ter celovito obvladovanje agresivnega vedenja), ki so vključene v intervencijskem modulu Milieu terapije, ne le, da pomagajo zaposlenim v zdravstveni negi pri soočanju s konfliktnimi vedenji povezanih z duševnimi motnjami, temveč tudi preprečujejo nadaljnje konfliktno dogodke in povečujejo neodvisnost pacientov pri njihovih vsakodnevnih življenjskih dejavnostih ter hkrati opozarjajo, da je nabor intervencij Milieu terapije, potrebno obravnavati kot ključne elemente vsakega oddelka pod posebnim nadzorom. Raziskava je razkrila statistično pomembno zmanjšano stopnjo pojavnosti agresivnega vedenja med interventno in kontrolno skupino. Intervencije Milieu terapije so varne, preproste, učinkovite in za njihovo izvajanje zaposleni v zdravstveni negi ne potrebujejo specializiranega strokovnega usposabljanja (Bhat, et al., 2020).

2.5.2 Preventivni multimodalni intervencijski programi

Model preprečevanja bolezni z vidika javnega zdravja obsega tri ravni: primarno raven (prepoznati napadalca, bolezen), sekundarno raven (žrtev bolezni) ter terciarno raven

(kontekst – ki zaobjema okolje, kulturo, stališča, prepričanja in spretnosti vpletenih posameznikov). Tudi preprečevanje agresije je sestavljeno iz treh ravni. Primarno preprečevanje zajema ukrepe, ki se izvajajo za zaježitev agresije, preden se le-ta pojavi, sekundarno preprečevanje opisuje ukrepe, ki se uporabljajo za preprečitev grozeče agresije ter slednja, terciarna preventiva, predstavlja intervencije (PVU), ki se izvajajo med epizodo aktivne agresije in po njej, da se stabilizira njen učinek in minimizira škoda za vpletene posameznike (Hallett, et al., 2014). Primarne in sekundarne strategije preprečevanja agresije so središče preventivnih multimodalnih intervencijskih programov, saj vključujejo mešanico različnih vrst intervencij, katerih poglobitni cilj je zmanjšati pojavnost aktivne agresije ter uporabo PVU za obvladovanje aktivne agresije. V našem sistematičnem pregledu, raziskave, ki so ocenjevale tovrstne programe, izpostavljajo model »6CS« ter »Safewards«.

Model »6CS« je bil razvit v Združenih državah Amerike in zajema šest glavnih organizacijskih intervencij, ki naj bi vplivale na preprečevanje agresivnega vedenja in PVU. Te so: (1) *razvoj zaposlenih* (podpiranje usposabljanja, nadgrajevanje znanja in neinvazivnih prijemov zaposlenih, ki se soočajo z obvladovanjem agresivnih dogodkov), (2) *uporaba orodij za oceno tveganja* (uporaba ocenjevalnih orodij za prepoznavanje tveganja za osebe, pri katerih obstaja tveganje stopnjevanja agresivnega vedenja), (3) *»strategije spraševanja«* (nadzorovanje, pridobivanje in obdelava podatkov za identifikacijo izhodišč, ki so na oddelkih zahtevali uporabo PVU), (4) *uporaba pridobljenih podatkov za obveščanje o praksi* (sledenje neželenim dogodkom povezanih s PVU, z namenom pridobitve novega znanja in spretnosti ter njihovega zmanjševanja), (5) *aktivna vloga pacientov v bolnišničnem okolju* (vključevanje pacientov in svojcev v zdravstveno oskrbo) in (6) *vodenje v smeri organizacijskih sprememb* (spodbujanje terapevtskega in varnega okolja) (Fernandez-Costa, et al., 2020). Prvih pet intervencij je osnovanih na stališčih primarne ali sekundarne preventive s fokusom na organizacijskih izboljšavah. Izvajanje teh intervencij ne le, minimizira epizode uporabe PVU, ampak tudi konfliktne dogodke, kar nam sugerira, da imajo organizacijske spremembe pomembno funkcijo pri preprečevanju agresivnega vedenja pacientov v nastavitvah akutne psihiatrične oskrbe (Hallett, et al., 2014). Gaynes, et al. (2017) so po vzoru modela »6CS« zabeležili visok padec deleža

pacientovih dnevov pri implementaciji PVU (omejevanje znotraj enega prostora, fizično oviranje in diskretni ali stalni nadzor) ter zmanjšanje v smislu trajanja uporabe PVU. Izrednega pomena je, da sta bili obe zmanjšanja doseženi in zabeleženi v skupini pacientov, ki je sama po sebi podvržena visokemu tveganju za agresivno vedenje (moški spol z medicinsko diagnozo shizofrenija in zgodovino agresivnega vedenja). V pregledu literature Hirsch in Steinert (2019) je bilo na temo ocenjevanja učinkovitosti »6CS« vključenih sedem raziskav, od tega ena randomizirana kontrolirana raziskava. Po uvedbi multimodalnega intervencijskega programa »6CS« so primeri PVU na intervencijskih oddelkih precej upadli (do 36 %), ob tem je bila pojavnost agresivnih dogodkov odsotna. Izsledki klinične kontrolirane raziskave so dokazali: odstotek dni, v katerih je bila uporabljena prisila, je padel s 30 % v mesecu juliju na 15 % v mesecu decembru (na kontrolnih oddelkih s 25 % na 19 %), trajanje PVU se je zmanjšalo s 110 ur na 56 ur (na kontrolnih oddelkih povečanje s 133 ur na 150 ur).

Model »6CS« vključuje elemente, katerih cilj je zagotoviti strukturirano in varno okolje, medtem ko model »Safewards« poudarja terapevtski odnos med pacienti in zaposlenimi v zdravstveni negi (Steinert, et al., 2020).

Model »Safewards« omogoča zaposlenim v zdravstveni negi preproste negovalne intervencije za ustvarjanje varnejšega terapevtskega okolja na oddelkih pod posebnim nadzorom. Te intervencije nudijo priložnost medicinskim sestram k izzivom in spremembam svojega odnosa do pacientov, ki izkazujejo agresivno vedenje. Je model, ki zagotavlja razumevanje notranjih, zunanjih in situacijsko-interakcijskih dejavnikov, ki vplivajo na konflikte (agresivno vedenje do drugih ali nad samim seboj, samomor, zavračanje zdravljenja) in PVU (prisilna medikamentozna zdravila, fizično in mehansko oviranje, osamitev, omejitev gibanja znotraj enega prostora) (Lee, et al., 2021). Teoretični okvir modela temelji na načelih okrevanja pacientov in opredeljuje šest ključnih področij, ki vplivajo na konflikte in PVU, in sicer: (1) *zdravstveni tim* (medsebojno sodelovanje), (2) *skupnost pacientov* (interakcije med pacienti so pomemben del varnosti), (3) *značilnosti pacientov* (individualne značilnosti pacienta lahko potencirajo konflikte), (4) *dejavniki zunaj bolnišnice* (osebne težave pacientov, ki se odvijajo izven bolnišnice), (5) *institucionalni okvir* (proces dela, ki ne temelji na

poslušanju stališč pacientov in pripravljenosti na kompromis) in (6) *fizično okolje* (arhitekturna ureditev oddelka lahko vpliva na stopnjo konfliktov). Poleg tega model »Safewards« zagovarja večjo potrebo po varnosti za paciente in zdravstveno osebje na najvišji hierarhični ravni ter z večperspektivnim pristopom ponuja več izhodišč za preprečevanje agresivnih dogodkov in PVU v akutni psihiatriji (Bowers, 2014).

Model »Safewards« narekuje deset medsebojno povezanih učinkovitih negovalnih intervencij, katerih namen je izboljšati varnost s preprečevanjem konfliktov in PVU. Ti so: (1) *jasna medsebojna pričakovanja* (zaposleni v zdravstveni negi in pacienti vzporedno ustvarjajo vzajemno dogovorjena pričakovanja glede vedenja drug do drugega; končni dogovori so natisnjeni na plakatu in prikazani na oddelku, vidni tako pacientom kot zdravstvenemu osebju), (2) *mehke besede* (zaposlenim v zdravstveni negi je na voljo približno 100 navodil, ki jih lahko uporabijo v primerih eskalacijskih dogodkov), (3) *spretnost pogovora* (zaposlene v zdravstveni negi se usposobi s tehnikami deeskalacije za zmanjševanje napetosti na oddelku), (4) *pozitivne besede* (zaposlene v zdravstveni negi se spodbuja, da povedo nekaj pozitivnega o pacientih med predajo službe, ki je podprto s pozitivno psihološko razlago preučevanega vedenja), (5) *srečanje vzajemne pomoči* (pacienti preko vsakodnevnih skupnih srečanj ponujajo in sprejemajo medsebojno pomoč ter podporo), (6) *postvencija* (po neželenem incidentu na oddelku se morajo zaposleni v zdravstveni negi pogovoriti z drugimi pacienti posamezno ali v skupinah, da zagotovijo informacije o tem, kaj se je zgodilo, zaradi zagotavljanja občutka varnosti), (7) *metode umirjanja* (zaposlene v zdravstveni negi se usposobi s posebnimi spretnostmi, ki pomagajo pacientom, da se umirijo, ko so napeti ali vznemirjeni), (8) *ublažitev slabih novic* (zaposleni v zdravstveni negi razumejo, proaktivno načrtujejo in omilijo učinke slabih novic, ki jih prejmejo pacienti), (9) *spoznajta drug drugega* (pacienti in zaposleni v zdravstveni negi si delijo ne-kontroverzne osebne interese in ideje, kot so npr. hobiji, najljubši film, šport) ter (10) *sporočila ob odpustu* (pacienti so povabljeni, da napišejo kratka sporočila o občutkih, ki so jih doživeli ob svojem bivanju na oddelku; sporočila se obesijo na oglasno desko oddelka; namen teh sporočil je zmanjšati negativne občutke in zaskrbljenost novo sprejetim pacientom) (Bowers, et al., 2015; Higgins, et al., 2018; Baumgardt, et al., 2019; Fletcher, et al., 2019).

V Angliji, kjer je bil model »Safewads« tudi razvit, so v Londonu Bowers, et al. (2015) izvedli randomizirano klinično raziskavo v 15 psihiatričnih bolnišnicah v tromesečnem obdobju, katere namen je bil oceniti učinek svežnja intervencij za preprečevanje konfliktov in PVU. Raziskava je bila metodološko zahtevna, terjala je veliko raziskovalcev, ki so delovali na več lokacijah, s precejšnjim načrtovanjem in organizacijo. Intervencijski model se je izkazal za zelo učinkovitega pri zmanjševanju konfliktov in PVU. Stopnje konfliktnih dogodkov so v intervencijski skupini padle za 15 %, stopnja dogodkov PVU pa za 26,4 % glede na kontrolno skupino. Avtorji (Bowers, et al., 2015) poudarjajo, da je uspešno implementiranje modela »Safewards« odvisno predvsem od podpore in pripravljenosti zaposlenih v zdravstveni negi, ki so jih zabeležili na kontrolnem seznamu zvestobe (89 %). Da je model »Safewards« trenutno skupek najbolj dokazanih negovalnih intervencij na področju zdravstvene nege duševnega zdravja in psihiatrije za zmanjšanje konfliktov in PVU, potrjuje tudi raziskava izvedena v Avstraliji (Dickens, et al., 2020). Raziskava, ki je potekala na osmih akutnih psihiatričnih oddelkih (142 udeležencev), dokazuje, da je »Safewards« mogoče izvajati s pozitivnimi rezultati tudi v časovno omejenem obdobju. V raziskavi je vsaka sodelujoča skupina dobila podobno raven podpore za izvajanje intervencij v 4-tedenski izhodiščni fazi, 12-tedenski fazi izvajanja in 4-tedenski fazi izida. Pet oddelkov je izvajalo vseh 10 intervencij, dva oddelka 9 intervencij in en oddelek 8 intervencij modela »Safewards«. Število konfliktnih dogodkov in dogodkov zadrževanja (osamitev/omejitev) so bili pridobljeni oziroma izmerjeni na podlagi lestvice PCC-SR (Patient-staff Conflict Checklist Shift Report). V primerjavi z izhodiščno fazo in fazo izida raziskave, so se tveganja za konfliktno dogodke zmanjšala za 23 %, tveganja za dogodke PVU pa za 12 %. Pri fizično agresivnih incidentih so se tveganja v fazi izida v primerjavi s fazo izvajanja znižala za 35,0 %, dogodki povezani s PVU pa za 74,0 %. Avtorji (Bowers, et al., 2015; Dickens, et al., 2020) poudarjajo, da zdravstvena nega, ki v svojo vsakodnevno klinično prakso ne uvede izbranih intervencij modela, ali da bo uporabila alternativne intervencije z manj zanesljivimi dokazi, so v nevarnosti, da bodo ukrepali proti obstoječim in nastajajočim dokazom. Med drugim poudarjajo tudi, da zvestoba izbranim intervencijam s strani zaposlenih v zdravstveni negi igra pomembno vlogo pri uspehu.

Ker se v angleški psihiatrični dejavnosti mehanično oviranje ne uporablja, v Avstraliji pa se v skrbi na področju duševnega zdravja uporablja le izolacija (na splošno je intervencija opredeljena kot nadzor osebe v prostoru oziroma sobi, ki jo je fizično onemogočeno zapustiti), so se zaradi pomanjkanja raziskav pojavili dvomi o učinkih modela »Safewards« na druge vrste prisilnih ukrepov, kot so mehanično oviranje (opredeljena kot uporaba omejevalnih pripomočkov za omejitve prostega gibanja pacienta) ter fizično oviranje (opredeljeno kot fizično zadrževanje pacienta z lastno silo v neposrednem kontaktu brez mehaničnih pripomočkov) (Putkonen, et al., 2013; McCann, et al., 2014; Baumgardt et al., 2019;). V raziskavi Baumgardta, et al. (2019), katere cilj je bil ugotoviti učinkovitost modela na pogostnost in trajanje PVU, so bile analizirane in uporabljene vse predhodno omenjene oblike PVU. Model »Safewards« je bil izveden na dveh oddelkih (oddelek A in B) pod posebnim nadzorom v bolnišnici Vivantes Am Urban v Berlinu na oddelku za psihiatrijo, psihoterapijo in psihosomatsko medicino. Vsi zaposleni na raziskovanih oddelkih so se udeležili teoretičnih in praktičnih delavnic za prenos paketa intervencij »Safewards« v dnevne delovne rutine. Za ocenjevanje zvestobe modelu, so uporabili kontrolni seznam zvestobe (The Fidelity Checklist – FC). Kontrolni seznam je veljaven in zanesljiv instrument in vključuje merila, ki se osredotočajo na uporabo intervencij iz modela »Safewards« ("1 = ne", "10 = da"). Zbiranje in analiza podatkov je bila izvedena v dveh študijskih obdobjih, in sicer v 11 tednih pred (t0) in 11 tednov po (t1) izvajanju modela. Znotraj obeh študijskih obdobjih je bilo uporabljenih 250 različnih PVU (oddelek A: $n_{t0} = 79$, $n_{t1} = 93$; oddelek B: $n_{t0} = 57$, $n_{t1} = 21$) pri 103 pacientih (oddelek A: $n_{t0} = 34$, $n_{t1} = 41$; oddelek B: $n_{t0} = 20$, $n_{t1} = 8$). Rezultati so zabeležili zmanjšan obseg vseh PVU na obeh oddelkih (oddelek A: $\text{razpon}_{t0} = 1\text{--}26$, $\text{razpon}_{t1} = 1\text{--}10$; oddelek B: $\text{razpon}_{t0} = 1\text{--}15$, $\text{razpon}_{t1} = 1\text{--}13$). Glede na celotno dolžino bolnišničnega bivanja se je skupno trajanje PVU zmanjšalo na oddelku A s 17 % na 12 %, na oddelku B s 7 % na 1 % po uvedbi modela »Safewards«. Kakovost implementacije je pokazala visoko zanesljivost modela »Safewards«. Dejstvo, da se so rezultati glede pogostosti in trajanja PVU bistveno razlikovali med oddelkoma, avtorji (Baumgardt, et al., 2019) pripisujejo naslednjim vidikom: na oddelku A se je v času izvajanja zamenjal psihiater, kar je privedlo do nestabilnosti zdravstvenega tima glede konceptov oskrbe pacientov – med drugim tudi – uporaba PVU. Dodatno negotovost je ustvarila visoka fluktuacija zdravstvenega osebja

v obdobju izvajanja raziskave. Nadalje, starost in poklicne izkušnje zaposlenih na oddelku A so bile nižje kot na oddelku B. Opisani vidiki – nestabilen zdravstveni tim, visoka fluktuacija zaposlenih, nižje poklicne in strokovne izkušnje, spremembe vodstva – se lahko obravnavajo kot ovire za proces izvajanja modela, zato avtorji (Fletcher, et al., 2017; Baumgardt, et al., 2019; Lickiewicz, et al., 2021) predlagajo, da bi prihodnje raziskave lahko intenzivneje vključile predhodno imenovane ovire, da bi se pridobil vpogled v spremenljivke, ki lahko spremenijo učinkovitost modela.

Zdravstvena oskrba na področju duševnega zdravja in psihiatrije ima na Poljskem številne pomanjkljivosti, na vrhu seznama pa prevladuje pomanjkljivo financiranje zdravstvenega sistema, zato morajo biti storitvene dejavnosti na področju psihiatričnega zdravstvenega varstva stroškovno učinkovite, enostavne za izvajanje ter predvsem pokazati občutne ugodnosti tako za paciente z duševno motnjo, kot tudi za zdravstvene delavce. Ne le, da so osebe z duševno motnjo na Poljskem še vedno stigmatizirane, standard za nadzor agresivnega vedenja še vedno leži predvsem v fizičnem in mehničnem oviranju pacientov (Lickiewicz et al., 2021). Ker je teoretični okvir modela »Safewards« prosto dostopen in brezplačen za uporabo, so Lickiewicz, et al. (2021) v eni izmed psihiatričnih bolnišnic na Poljskem izvedli raziskavo na vzorcu 450 pacientov (kontrolno in intervencijsko obdobje). Vzorec raziskave so predstavljali pacienti, zdravljeni zaradi težav z alkoholom in drogami (37 % do 47 %), pacienti z duševno motnjo shizofrenija (16 % do 29 %) ter pacienti z motnjo razpoloženja (4 % do 16 %). V raziskavi so raziskovalci in zaposleni v zdravstveni negi skupaj določili tri intervencije modela, za katere so menili, da jih je možno pogosto, preprosto in učinkovito izvajati: »pozitivne besede«, »metode umirjanja« in »jasna medsebojna pričakovanja«. Implementacija modela je v rezultatih raziskave pokazala zmanjšanje fizičnega oviranja pacientov v dnevni izmeni za 21 %, v nočni izmeni za 27 %. V kontrolnem obdobju je bilo skupno število fizično oviranih pacientov 173, v intervencijskem obdobju pa je padlo na 119, kar je 31 % manj. V sedmem mesecu študijskega obdobja je prišlo do nenadnega dviga fizično oviranih pacientov, kar so avtorji (Lickiewicz et al., 2021) kot potencialni razlog prepoznali v menjavi direktorja psihiatrične ustanove s povsem drugačno filozofijo vodenja. Kmalu zatem je raziskavo tudi prekinil. Kombinacija treh intervencij modela »Safewards« se je obnesla kot

učinkovita, saj je povzročila padec števila pacientov s fizičnim oviranjem za skoraj eno četrtno.

Pacienti, ki doživljajo različne duševne stiske, potrebujejo predvsem empatično zdravstveno obravnavo. Vendar, na žalost, raziskave, ki so obravnavale izkušnje pacientov z duševno motnjo v akutnih psihiatričnih ustanovah, izpostavljajo primere slabe prakse v obdobju njihove hospitalizacije, kot so uporaba PVU, pomanjkanje empatije, paternalistični odnos, stigmatizacija, pomanjkanje komunikacijskih veščin, terapevtskih odnosov ter alternativnih intervencij k obvladovanju agresivnih incidentov. Navedene izkušnje so zaskrbljujoče in vsekakor niso v skladu z direktivami mednarodne zdravstvene politike, ki zahteva prakso, usmerjeno v okrevanje (Brophy, et al., 2016). Doslej so se raziskave modela »Safewards« v veliki meri osredotočale na njegov vpliv na ukrepe omejevalnih praks, a da bi poudarili in zagotovili njegovo uspešnost skozi čas, je potrebno pridobiti stališča o njegovem učinku tako s perspektive pacientov kot zaposlenih v zdravstveni negi (Cabral & Carthy, 2017).

Oddelki pod posebnim nadzorom so kompleksna in zahtevna okolja za zdravstveno nego. V okoljih za zdravljenje duševnih motenj sta izpostavljena predvsem dva imperativa: zmanjšati uporabo PVU ter zagotoviti zdravstveno nego, usmerjeno v okrevanje. Da bi zmanjšali omejevalne ukrepe, je pomembno pridobiti stališča oziroma izkušnje vseh vpletenih (Wilson, et al., 2017). Mullen, et al. (2022) v svojem sistematičnem pregledu literature poudarjajo, da so na področju zdravstvene nege duševnega zdravja in psihiatrije z vidika pacientov potrebne intervencije, ki ne temeljijo na moči in nadzoru, temveč na sodelovanju in sooblikovanju s trenutnimi razpoložljivimi dokazi. Cilj intervencijskega modela »Safewards« je izboljšati varnost vseh v akutnih psihiatričnih okoljih, zato morajo biti pacienti smiselno vključeni v vse vidike njegovega načrtovanja, izvajanja in vrednotenja.

Namensko zasnovana raziskava (Fletcher, et al., 2019) je vključevala kvantitativna in kvalitativna vprašanja glede sprejemljivosti, uporabnosti in učinkovitosti modela »Safewards« med anketiranci, ki so bili neposredno izpostavljeni intervencijam modela. Kvantitativni rezultati raziskave so pokazali, da so se anketiranci počutili bolj varni (95

% včasih ali običajno) in bolj povezani z zaposlenimi v zdravstveni negi (85 % včasih – vedno), 70 % pa se jih je počutilo v »enakovrednem položaju«. Majhno število anketirancev je menilo, da program »nikoli ni pomagal« ali da je »običajno pomagal«. Konkretnejši rezultati so bili glede učinkovitosti programa na fizične in verbalne konflikte, saj je 25 % udeležencev zatrdilo, da je program »Safewards« običajno ali vedno pomagal prebroditi fizične in verbalne konflikte. Kvalitativne ugotovitve so predstavljaje pomemben aspekt in globino kvantitativnih ugotovitev raziskave, saj so dokazale združljivost med učinkom intervencij »Safewards« in prakso zdravstvene nege, usmerjeno v okrevanje, ki je bila za anketirance neprecenljiva. Večina anketirancev je zatrjevalo o pozitivnih izkušnjah večine intervencij, predvsem pa tista, v katere so bili neposredno vključeni: »srečanje vzajemne pomoči«, »jasna medsebojna pričakovanja«, »spoznajta drug drugega«, »metode umirjanja« in »sporočila ob odpustu«. Intervencije, katerim so pripisovali občutek varnosti in mirnosti na oddelkih, so: »pomirjanje«, »pozitivne besede«, »mehke besede« in »ublažitev slabih novic«.

Raziskava Mullen, et al. (2022), katerih raziskovalni dizajn je temeljil na pregledu literature, je vključevala dožemanje zaposlenih v zdravstveni negi glede izvajanja in sprejemljivosti modela »Safewards« na oddelkih pod posebnim nadzorom. Sprejemljivost modela s strani zaposlenih v zdravstveni negi, se je skozi razpoložljivo literaturo spreminjala. Visoka sprejemljivost in izvajanje modela, je bila opažena predvsem pri optimističnih in motiviranih zaposlenih (želja po sprejetju novih zamisli). Zaposleni so poročali, da so intervencije modela »Safewards« uspele zmanjšati konfliktno dogodke na oddelku ter jim omogočile, da so se počutili varneje in bolj povezani s pacienti. Intervencije modela »Safewards« so se izkazale za učinkovite tudi v nedavno izdani raziskavi (Hamilton, et al., 2023), kjer so zaposleni v zdravstveni negi poročali, da so jih intervencije modela spodbujale, da razvijejo dokazano uspešnejše komunikacijske sposobnosti ter da so na ta način izboljšali terapevtski odnos s pacienti. Intervencije, ki so jim pomagale prepoznati pozitivne načine pri vzpostavljanju terapevtskega medosebnega odnosa, so: »jasna medsebojna pričakovanja«, »pozitivne besede«, »spoznajta drug drugega« ter »spretnost pogovora«. Prav tako so dodali mnenje o izboljššanem spoštovanju pacientove individualnosti in avtonomije. Dokazi kažejo (Iozzino, et al., 2015), da agresivno vedenje ni vedno posledica stanja duševnega

zdravja pacienta ter da predstavljajo le majhen odstotek agresivnih incidentov na oddelkih (1 od 5 pacientov). Interpretacija (Di Lorenzo, et al., 2014; Higgins, et al., 2018), da dejavniki, povezani z zaposlenimi v zdravstveni negi in okoljem oddelka, igrajo odločilno vlogo pri tem, kako se bo agresivno vedenje manifestiralo, lahko upravičuje dejstvo, zakaj nekateri zaposleni v zdravstveni negi dvomijo v ustreznost in sprejemljivost modela. Medtem ko rezultati nedavno objavljene raziskave (Knauf, et al., 2023) kot najbolj prevladujočo oviro pri zaposlenih v zdravstveni negi za izvajanje intervencij modela »Safewards« opredeljujejo odpor do sprememb v praksi zdravstvene nege.

Mednarodna klasifikacija NIC vsebuje skoraj 13.000 aktivnosti, ki so v veliko pomoč pri izvajanju intervencij v klinični praksi. Seznam izvedbenih aktivnosti je precej dolg, saj mora klasifikacija ustrezati potrebam različnih uporabnikov (npr. študentje in začetniki potrebujejo bolj konkretna navodila). Bistvo klasifikacije niso aktivnosti, ključ klasifikacije so NIC oznake in definicije intervencij, ki omogočajo medicinskim sestram, da prepoznajo in sporočijo naravo svojega dela (Bulechek, et al., 2013). Spodnja tabela (tabela 4) prikazuje primerjavo intervencij v mednarodni klasifikaciji NIC z intervencijami na podlagi pregleda literature, podprte z najboljšimi dokazi pri zagotavljanju varnosti na oddelkih pod posebnim nadzorom pri pacientih, ki izkazujejo agresivno vedenje.

Tabela 4: Primerjava intervencij v mednarodni klasifikaciji NIC z intervencijami na podlagi pregleda literature

NIC oznaka	NIC – definicija intervencije	Intervencije, na podlagi pregleda literature
4920	Aktivno poslušanje; pozorno spremljanje pacientove verbalne in neverbalne komunikacije ter pripisovanje pomena tem sporočilom	deeskalacijske tehnike, Milieu terapija, »6CS«, »Safewards«
4640	Pomoč pri obvladovanju jeze; omogočanje izražanja jeze na prilagodljiv in nenasilen način	deeskalacijske tehnike
6420	Območna omejitev; uporaba najmanj strogih ukrepov za omejitev gibanja pacienta na določeno območje zaradi zagotavljanja varnosti ali obvladovanja vedenja	deeskalacijske tehnike, »Safewards«, strukturirana orodja za oceno tveganja agresivnega vedenja
4350	Obvladovanje vedenja; pomoč pacientu pri obvladovanju negativnega vedenja	deeskalacijske tehnike, »Safewards«, Milieu terapija, »6CS«
4352	Obvladovanje vedenja: prekomerna aktivnost/nepozornost; zagotavljanje terapevtskega okolja, ki na varen način upošteva pacientovo pomanjkanje pozornosti in/ali prekomerno aktivnost ter hkrati spodbuja optimalno funkcioniranje	»Safewards«, Milieu terapija, »6CS«
4354	Obvladovanje vedenja: samopoškodovanje; pomoč pacientu pri zmanjševanju ali odpravljanju samopohabljanja ali samozlorabe	deeskalacijske tehnike, »Safewards«, Milieu terapija, »6CS«
4340	Učenje asertivnosti; pomoč pri učinkovitem izražanju čustev, potreb in idej ob hkratnem spoštovanju pravic drugih	»Safewards«
4380	Postavljanje meja; oblikovanje parametrov zaželenega in dopustnega vedenja pacienta	deeskalacijske tehnike, »Safewards«, Milieu terapija
4360	Spreminjanje vedenja; spodbujanje sprememb vedenja	deeskalacijske tehnike, »Safewards«, Milieu terapija
4362	Spreminjanje vedenja: socialne veščine; pomoč pacientu pri razvoju ali izboljšanju medosebnih socialnih veščin	»Safewards«, Milieu terapija
5000	Vzpostavitev kompleksnega odnosa; vzpostavitev terapevtskega odnosa s pacientom, kar izboljša vpogled in spodbudi spremembe vedenja	»Safewards«, Milieu terapija
5020	Mediacija v sporih; spodbujanje konstruktivnega dialoga med sprtimi strankami, pri čemer je cilj spore rešiti na obojestransko sprejemljiv način	»Safewards«, »6CS«
4700	Kognitivno restrukturiranje; spodbujanje pacienta, da spremeni izkrivljene miselne vzorce ter začne nase in na svet gledati bolj realistično	deeskalacijske tehnike, »Safewards«, Milieu terapija
5240	Svetovanje; uporaba interaktivnega procesa pomoči, ki se osredotoča na potrebe, težave ali čustva pacientov in njihovih partnerjev, da bi izboljšali ali podprli obvladovanje, reševanje težav in medosebne odnose	»Safewards«, Milieu terapija
6160	Intervencija v krizi; uporaba kratkotrajnega svetovanja, ki pacientu pomaga obvladati	deeskalacijske tehnike

NIC oznaka	NIC – definicija intervencije	Intervencije, na podlagi pregleda literature
	krizo in ponovno zaživeti na način, ki je primerljiv s stanjem pred krizo ali boljši od njega	
5900	Odvračanje pozornosti; namenska preusmeritev pozornosti ali začasno zatiranje negativnih čustev in preusmeritev misli stran od neželjenih občutkov	deeskalacijske tehnike, »Safewards«
6480	Upravljanje okolja; ureditev pacientove okolice tako, da dosežemo terapevtske koristi, senzorično privlačnost in psihološko dobro počutje	»Safewards«, Milieu terapija, »6CS«
6487	Upravljanje okolja: preprečevanje nasilja; nadzor in urejanje fizičnega okolja, pri čemer je cilj zmanjšati možnosti nasilnega vedenja, usmerjenega proti sebi, drugim ali okolici	»Safewards«, Milieu terapija, »6CS«
6520	Presejalni zdravstveni pregledi; odkrivanje zdravstvenih tveganj ali težav z anamnezo, pregledom in drugimi postopki	»Safewards«, »6CS«, strukturirana orodja za oceno tveganja agresivnega vedenja
4390	Miljejska terapija; uporaba ljudi, virov in dogodkov v pacientovem neposrednem okolju za spodbujanje optimalnega psihosocialnega funkcioniranja	»Safewards«, Milieu terapija, »6CS«
6610	Opredelitev tveganja; analiza potencialnih dejavnikov tveganja, odkrivanje zdravstvenih tveganj in prednostna razvrstitev strategij za zmanjšanje tveganja za posameznika ali skupino	strukturirana orodja za oceno tveganja agresivnega vedenja, »6CS«
7850	Razvoj osebja; razvoj, vzdrževanje in spremljanje kompetenc osebja	»Safewards«, »6CS«
5602	Poučevanje: proces bolezni; pomoč pacientu pri razumevanju informacij, povezanih z določenim procesom bolezni	»Safewards«, »6CS«
5618	Poučevanje postopka/zdravljenja; priprava pacienta, da razume in se psihično pripravi na predpisano operacijo ali zdravljenje	»Safewards«, Milieu terapija, »6CS«
5450	Terapevtska skupina; uporaba psihoterapevtskih tehnik v skupini, vključno z uporabo interakcij med člani skupine	»Safewards«, Milieu terapija
4310	Aktivnostna terapija; predpisovanje in pomoč pri določenih fizičnih, kognitivnih, socialnih in duhovnih dejavnostih za povečanje obsega, pogostosti ali trajanja dejavnosti posameznika ali skupine	»Safewards«, Milieu terapija, »6CS«
5820	Zmanjšanje tesnobe; zmanjševanje bojazni, strahu, slutnje ali tesnobe, ki izhaja iz neopredeljenega vira pričakovane nevarnosti	»Safewards«, deeskalacijske tehnike
5880	Tehnika pomirjanja; zmanjševanje tesnobe pri pacientu, ki doživlja akutno stisko	»Safewards«, deeskalacijske tehnike
7320	Upravljanje primerov; usklajevanje oskrbe in zagovornišvo določenih posameznikov in skupin pacientov v različnih okoljih za zmanjšanje stroškov, in porabe virov, izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe ter doseganje zelenih zdravstvenih rezultatov	»6CS«
6440	Obvladovanje delirija; zagotavljanje varnega in terapevtskega okolja za pacienta, ki doživlja akutno stanje zmedenosti	deeskalacijske tehnike, »Safewards«
6470	Previdnostni ukrepi za preprečevanje pobega; zmanjšanje tveganja, da bi pacient brez	»6CS«, strukturirana orodja za oceno tveganja

NIC oznaka	NIC – definicija intervencije	Intervencije, na podlagi pregleda literature
	dovoljenja zapustil zdravstveno okolje, kadar bi odhod lahko ogrozil varnost pacienta ali drugih	agresivnega vedenja
5270	Čustvena podpora; nudenje utehe, sprejemanje in spodbuda v obdobju stresa	deeskalacijske tehnike, »Safewards«
7960	Izmenjava informacij o zdravstveni oskrbi; zagotavljanje informacij o oskrbi pacientov drugim zdravstvenim delavcem	»Safewards«
7980	Poročanje o incidentih; pisno in ustno poročanje o vsakem dogodku v procesu oskrbe pacienta, ki ni v skladu z želenimi izidi zdravljenja ali rutinskim delovanjem zdravstvene ustanove	»Safewards«, »6CS«
5330	Obvladovanje razpoloženja; zagotavljanje varnosti, stabilizacije, okrevanja in vzdrževanja pacienta, ki ima disfunkcionalno depresivno ali povišano razpoloženje	»Safewards«, »6CS«, strukturirana orodja za oceno tveganja agresivnega vedenja, deeskalacijske tehnike, Milieu terapija
5390	Krepitev samozavedanja; pomoč pacientu pri odkrivanju in razumevanju svojih misli, čustev, motivacije in vedenja	»Safewards«
5395	Krepitev samozavesti; krepitev posameznikovega zaupanja v svojo zmožnost izvajanja zdravju koristnega vedenja	»Safewards«
8140	Poročilo ob koncu izmene; izmenjava bistvenih informacij o oskrbi pacienta z drugimi zaposlenimi v zdravstveni negi ob menjavi izmene	»Safewards«
5100	Izboljšanje socializacije; omogočanje lažje interakcije posameznika z drugimi	»Safewards«, Milieu terapija
7830	Nadzor zaposlenih; omogočanje drugim, da zagotavljajo visokokakovostno oskrbo pacientom	»6CS«
5430	Podporna skupina; uporaba skupinskega okolja, v katerem se članom skupine zagotavlja čustveno podporo in informacije, povezane z zdravjem	»6CS«, »Safewards«, Milieu terapija
5604	Poučevanje: Skupina; razvoj, izvajanje in vrednotenje programa poučevanja pacientov za skupino posameznikov z enakim zdravstvenim stanjem	»6CS«, »Safewards«, Milieu terapija
6486	Upravljanje okolja; Varnost; spremljanje in urejanje fizičnega okolja za spodbujanje varnosti	»6CS«, »Safewards«, Milieu terapija
6489	Upravljanje okolja; Varnost zaposlenih; spremljanje in urejanje delovnega okolja za spodbujanje varnosti in zdravja zaposlenih	»Safewards«, »6CS«
4370	Urjenje nadzora reakcij; pomoč pacientu pri obvladovanju impulzivnega vedenja z uporabo strategij reševanja problemov v socialnih in medosebnih situacijah	»Safewards«
5380	Povečanje varnosti; krepitev občutka fizične in psihološke varnosti pri pacientu	»Safewards«, »6CS«
4410	Skupno doseganje ciljev; sodelovanje s pacientom pri opredelitvi in prednostni razvrstitvi ciljev oskrbe, nato pa razvoj načrta za doseganje teh ciljev	»Safewards«

Na oddelkih pod posebnim nadzorom, je bila varnost tako v pregledu literature kot v mednarodni klasifikaciji NIC opredeljena, kot najpomembnejši faktor pri preprečevanju agresivnih incidentov in PVU. Varnost spodbuja terapevtske odnose med zaposlenimi v zdravstveni negi in pacienti z duševno motnjo. Naš celovit pregled strokovne in znanstvene literature je identificiral in zbral močne znanstvene dokaze, ki obravnavajo intervencije zaposlenih v zdravstveni negi za zagotavljanje varnosti na oddelkih pod posebnim nadzorom. Naš pregled je pokazal, da mednarodna klasifikacija NIC opredeljuje bistvene intervencije za preprečevanje agresivnega vedenja in PVU na področju duševnega zdravja in psihiatrije, tako da je bil naš cilj dosežen.

2.5.3 Omejitve pregleda literature

Pri omejitvah pregleda literature bi omenili, da smo se osredotočali predvsem na odraslo populacijo (18 – 65 let) pri preprečevanju agresivnega vedenja in PVU na oddelkih pod posebnim nadzorom. Ta poudarek je izključil upoštevanje podatkov na področju zdravstvene nege duševnega zdravja in psihiatrije otrok in mladostnikov ter zdravstveno oskrbo posameznikov v psihiatričnih forenzičnih okoljih. Na obeh kliničnih področjih sta agresivno vedenje in uporaba PVU prav tako pogosta in zaskrbljujoča. Tudi odločitev, da smo se osredotočali le na agresivno vedenje in ne na vznemirjenost, agitacijo, lahko zoži obseg našega pregleda. Poudariti moramo, da čeprav je literatura o multimodalnih programih, kot sta »Safewards« in »6CS«, omejena s kakovostnimi nadzorovanimi raziskavami, je pokazala, da so intervencije izvedljive in pozitivno vplivajo na omejevalne prakse. Razlogi za pomanjkljive nadzorovane raziskave so lahko finančni, etični in tudi oteženo pridobivanje posameznikov za tovrstne visokokvalificirane raziskave ali napačno prepričanje, da učinkov intervencij ni mogoče koncizno kvantitativno definirati. Velika vrzel v strokovni literaturi je tudi pomanjkanje pacientovih izkušenj in stališč glede preventivnih intervencij. Ravno tako je potrebno naglasiti, da bi lahko bil prevod nekaterih intervencij v okviru multimodalnih programov pri drugih avtorjih različen, kajti ne gre za ustaljene programe v našem prostoru; nekaj izrazov je v našem prostoru prvič opisanih in prevedenih.

2.5.4 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Jedro intervencij zdravstvene nege na oddelkih pod posebnim nadzorom za preprečevanje agresivnega vedenja in PVU, je zagotavljanje varnosti pacienta, zdravstvenega osebja in okolice. Temelj delovanja zaposlenih v zdravstveni negi na področju duševnega zdravja in psihiatrije, je kontinuirano izvajanje vseh preventivnih intervencij in aktivnosti, ki temeljijo na strokovnosti, usposobljenosti ter veliki meri tolerance in empatije. Razvoj klasifikacijskih sistemov NANDA-I, NIC in NOC je bistvenega pomena za disciplino zdravstvene nege, tako za izboljšanje zdravstvene oskrbe pacientov, kot za utrditev znanosti o zdravstveni negi. Ker na področju Slovenije nismo našli nobene raziskave, vezane na to temo, upamo, da bo naša analiza povečala ozaveščenost pri strokovnjakih, ki delajo na področju raziskovanja zdravstvene nege, saj uporaba klasifikacijskega sistema NNN (NANDA-I, NIC, NOC) izboljšuje in povečuje kompatibilnost med dokumentiranimi diagnozami zdravstvene nege (NANDA-I), intervencijami zdravstvene nege (NIC) ter izidi zdravstvene nege (NOC).

3 ZAKLJUČEK

Najbolj pomembna komponenta oddelka pod posebnim nadzorom je »občutek varnosti«, ki je temelj za okrevanje pacientov z duševno motnjo. Vendar lahko zaposleni v zdravstveni negi na oddelkih pod posebnim nadzorom doživijo tudi konfliktno dogodke, kot je na primer agresivno vedenje pacientov, takrat pa zagotavljanje varnosti predstavlja kritično komponento kakovosti zdravstvene nege. Leto zaradi zagotavljanja varnosti na oddelkih, od zaposlenih v zdravstveni negi zahteva intervencije, ki temeljijo na omejevanju, in v takih primerih se »občutek varnosti« pri pacientih poruši. Ta tendenca – skrb za duševno zdravje pacientov in želja po ohranjanju varnosti ter zmanjšanju omejevalnih praks – velja za eno najstarejših in najbolj spornih vprašanj na področju zdravstvene nege duševnega zdravja in psihiatrije. Vendar kot je razvidno iz naše analize, rešitev za to ambivalentnost zagotavljajo na dokazih podprte intervencije za preprečevanje agresivnega vedenja pacientov in PVU.

Posebej želimo izpostaviti, da je pomembno ozaveščanje, da so zunanji (fizično okolje oddelka, kultura oddelka) in situacijski dejavniki (zaposleni v zdravstveni negi) pomembni vzroki agresivnega vedenja pacientov, in jih je lažje spremeniti kot notranje dejavnike (pacienti z duševno motnjo). Zaposleni v zdravstveni negi morajo poznati preventivne intervencije, ki temeljijo na dokazih ter kulturnih premikih v vsakodnevni klinični praksi ter se zavedati, da je uporaba PVU tesno pogojena z njihovim pristopom k obravnavi agresivnega vedenja pacientov. Zaposleni v zdravstveni negi se mnogokrat počutijo osamljeni pri spopadanju oziroma obvladovanju agresivnih vedenj, zato je zelo pomembna tudi suportivnost vodstva, ne glede na to, ali je potreba izražena ali ne, da se oblikuje in zagotovi varnostna kultura v organizaciji, saj velja za enega izmed pomembnih dejavnikov za zmanjšanje agresije in uvedbo PVU.

V skladu s trenutno razpoložljivo strokovno literaturo, ugotavljamo, da lahko tudi majhne spremembe v praksi zdravstvene nege na področju duševnega zdravja in psihiatrije (»Safewards«), povzročijo odpor pri zaposlenih v zdravstveni negi. Vendar lahko ta odpor do sprememb učinkovito ukrotimo z motivacijo zaposlenih, spremembo organizacijske kulture, z raziskovalnimi dokazi, ki temeljijo na povratnih informacijah

uporabnikov zdravstvenih storitev na področju duševnega zdravja in psihiatrije ter ozaveščanjem, da lahko že majhna sprememba v praksi zdravstvene nege naredi veliko razliko. Multimodalni program »6CS« bi lahko pomagal vodstvu oblikovati trdno organizacijo, ki temelji na ustvarjanju zaupanja in zagotavljanju varnega okolja.

NIC intervencije omogočajo in usmerjajo zaposlene v zdravstveni negi k terapevtskim posegom, ki izboljšujejo zdravstvene rezultate pri pacientih ter zagotavljajo kakovostno in učinkovito zdravstveno nego. Intervencije NIC so pri pacientih, ki izkazujejo agresivno vedenje na oddelkih pod posebnim nadzorom, osredotočene predvsem na zagotavljanje varnosti pacienta, obvladovanje simptomov duševne bolezni, obvladovanje čustev in stisk pacienta ter vzdrževanje kontrole nad pacientovim vedenjem. Na dodiplomski ravni izobraževalnih vsebin s tega področja nismo veliko prejeli, zato je tudi meni kot raziskovalki to področje predstavljajo velik izziv. Uporaba sistema NNN (NANDA-I, NIC in NOC) ter uporaba standardnega jezika zdravstvene nege v dokumentaciji zdravstvene nege sta bistvenega pomena za oceno učinkovitosti in kakovosti zagotovljene zdravstvene nege.

»Obdari me, moj Bog, s prizanesljivostjo in potrpežljivostjo do trmoglavih in nasilnih bolnikov.«

(MOSES MAIOMONIDES, 1135 – 1204)

4 LITERATURA

Aveyard, H., 2019. *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide*. 4th ed. London: Open University Press.

Ayhan, D. & Hicdurmaz, D., 2020. De-escalation model in the simple form as aggression management in psychiatric services. *Journal of Psychiatric Nursing*, 11(3), pp. 251-259. 10.14744/phd.2020.80488.

Baldaçara, L., Ismael, F., Leite, V., Pereira, L.A., Dos Santos, R.M., Gomes Júnior, V.P., Calfat, E.L.B., Diaz, A.P., Périco, C.A.M., Porto, D.M., Zacharias, C.E., Cordeiro, Q., da Silva, A.G. & Tung, T.C., 2019. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 41(2), pp. 153-167. 10.1590/1516-4446-2018-0163.

Baumgardt, J., Jäckel, D., Helber-Böhlen, H., Stiehm, N., Morgenstern, K., Voigt, A., Schöppe, E., Mc Cutcheon, A.K., Velasquez Lecca, E.E., Löhr, M., Schulz, M., Bechdorf, A. & Weinmann, S., 2019. Preventing and Reducing Coercive Measures – An Evaluation of the Implementation of the Safewards Model in Two Locked Wards in Germany. *Frontiers in Psychiatry*, 10(340), pp. 1-13. 10.3389/fpsy.2019.00340.

Bhat, S., Rentala, S., Nanjegowda, R.B. & Chellappan, X.B., 2020. Effectiveness of Milieu Therapy in reducing conflicts and containment rates among schizophrenia patients. *Investigación y Educación en Enfermería*, 38(1), e06, pp. 1-12. 10.17533/udea.iee.v38n1e06.

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. 10.14528/snr.2016.50.4.128.

Bowers, L., 2014. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), pp. 499-508. 10.1111/jpm.12129.

Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D. & Hodson, J., 2015. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International journal of nursing studies*, 52(9), pp. 1412-1422. 10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001.

Bregar, B., Skela-Savič, B. & Kores Plesničar, B., 2018. Cross-sectional study on nurses' attitudes regarding coercive measures: the importance of socio-demographic characteristics, job satisfaction, and strategies for coping with stress, *BMC Psychiatry*, 18(171), pp. 1-10. 10.1186/s12888-018-1756-1.

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.

Brophy, L.M., Roper, C.E., Hamilton, B.E., Tellez J.J. & McSherry, B.M., 2016. Consumers and Carer perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: results from Australian focus groups. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(6), pp. 1-10. 10.1186/s13033-016-0038-x.

Bulechek, G.M., Butcher, H.K., Dochterman, J.M. & Wagner, C.M., 2013. *Nursing Interventions Classifications (NIC)*. 6th ed. St. Louis, Missouri: ELSEVIER.

Cabral, A. & Carthy, J., 2017. Can Safewards improve patient care and safety in forensic wards? A pilot study. *British Journal of Mental Health Nursing*, 6(4), pp. 165-171. 10.12968/bjmh.2017.6.4.165.

Celofiga, A., Kores Plesnicar, B., Koprivsek, J., Moskon, M., Benkovic, D., & Gregoric Kumperscak, H., 2022. Effectiveness of De-Escalation in Reducing Aggression and

Coercion in Acute Psychiatric Units. A Cluster Randomized Study. *Frontiers in Psychiatry*, 13(856153), pp. 1-14. 10.3389/fpsy.2022.856153.

Caesar, L.G., 2015. The importance of a psychiatric Milieu in inpatient settings. [online] Available at: <https://sigma.nursingrepository.org/bitstream/handle/10755/550535/Paper.pdf?sequence=6&isAllowed=y> [Accessed 22 April 2023].

Chieze, M., Hurst, S., Kaiser, S: & Sentissi, O., 2019. Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 10(491), pp. 1-19. 10.3389/fpsy.2019.00491.

Dickens, G., Piccirillo, M. & Alderman, N., 2013. Causes and management of aggression and violence in a forensic mental health service: Perspectives of nurses and patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(6), pp. 532-544. 10.1111/j.1447-0349.2012.00888.x.

Dickens, G.L., Tabvuma, T. & Frost, S.A., 2020. Safewards: Changes in conflict, containment, and violence prevention climate during implementation. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(6), pp. 1230-1240. 10.1111/inm.12762.

Di Lorenzo, R., Miani, F., Formicola, V. & Ferri, P., 2014. Clinical and organizational factors related to the reduction of mechanical restraint application in an acute ward: an 8-year retrospective analysis. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 10, pp. 94-102. 10.2174/1745017901410010094.

Doedens, P., Vermeulen, J., Boyette, L.L., Latour, C. & de Haan, L., 2020. Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services-A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(4), pp. 446-459. 10.1111/jpm.12586.

Ergun, G., Isik, I. & Dikec, G., 2017. Roles of Psychiatry Nurses Within a Therapeutic Environment of Psychiatry Clinics in Turkey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(3), pp. 248-255. 10.1016/j.apnu.2016.11.003.

Fernández-Costa, D., Gómez-Salgado, J., Fagundo-Rivera, J., Martín-Pereira, J., Prieto-Callejero, B. & García-Iglesias, J.J., 2020. Alternatives to the Use of Mechanical Restraints in the Management of Agitation or Aggressions of Psychiatric Patients: A Scoping Review. *Journal of Clinical Medicine*, 9(9), 2791, pp. 1-19. 10.3390/jcm9092791.

Fletcher, J., Hamilton, B., Kinner, S.A. & Brophy, L., 2019. Safewards Impact in Inpatient Mental Health Units in Victoria, Australia: Staff Perspectives. *Frontiers in Psychiatry*, 10(462), pp. 1-10. 10.3389/fpsy.2019.00462.

Fletcher, J., Buchanan-Hagen, S., Brophy, L., Kinner, S.A. & Hamilton, B., 2019. Consumer Perspectives of Safewards Impact in Acute Inpatient Mental Health Wards in Victoria, Australia. *Frontiers in Psychiatry*, 10(461), pp. 1-11. 10.3389/fpsy.2019.00461

Frauenfelder, F., Muller-Staub, M., Needham, T. & Achterberg, T., 2013. Nursing interventions in inpatient psychiatry. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(10), pp. 921-931. 10.1111/jpm.12040.

Frauenfelder, F., Van Achterberg, T. & Muller-Staub, M., 2016. Documented Nursing Interventions in Inpatient Psychiatry. *International Journal of Nursing Knowledge*, 29(1), pp. 18-28. 10.1111/2047-3095.12152.

Gabrovec, B., Eržen, I. & Lobnikar, B., 2014. Organizacijski model zagotavljanja varnosti in kakovosti obravnave agresije pri pacientu z duševno motno v zdravstveni negi na področju psihiatrije v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(4), pp. 286-293. 10.14528/snr.2014.48.4.33.

Gabrovec, B., 2016. Types of threats against nursing care workers in psychiatric facilities. *Revija za zdravstvene vede*, 3(2), pp. 37-49.

Gaynes, B.N., Brown, C.L., Lux, L.J., Brownley, K.A., Van Dorn, R.A., Edlund, M.J., Coker-Schwimmer, E., Weber, R.P., Sheitman, B., Zarzar, T., Viswanathan, M. & Lohr, K.N., 2017. Preventing and De-escalating Aggressive Behavior Among Adult Psychiatric Patients: A Systematic Review of the Evidence. *Psychiatric Services*, 68(8), pp. 819-831. 10.1176/appi.ps.201600314.

Gudde, C.B., Olsø, T.M., Whittington, R. & Vatne, S., 2015. Service users' experiences and views of aggressive situations in mental health care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 8, pp. 449-462. 10.2147/JMDH.S89486.

Hallett, N., Huber, J. & Dickens, G.L., 2014. Violence prevention in inpatient psychiatric settings: Systematic review of studies about the perception of care staff and patients. *Aggression and Violent Behaviour*, 19(5), pp. 502-514. 10.1016/j.avb.2014.07.009.

Hallett, N. & Dickens, G.L., 2017. De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 75, pp. 10-20. 10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003.

Hamilton, J., Cole, A., Bostwick, R. & Ngune, I., 2023. Getting a grip on Safewards: The cross impact of clinical supervision and Safewards model on clinical practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(3), pp. 801-818. 10.1111/inm.13116.

Herdman, T.H. & Kamitsuru, S., 2019. *Negovalne diagnoze: definicije in klasifikacija 2018-2020*. 11th ed (2. slovenska izdaja). Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Higgins, N., Meehan, T., Dart, N., Kilshaw, M. & Fawcett, L., 2018. Implementation of the Safewards model in public mental health facilities: A qualitative evaluation of staff perceptions. *International Journal of Nursing Studies*, 88, pp. 114-120. 10.1016/j.ijnurstu.2018.08.008.

Hirsch, S. & Steinert, T., 2019. Measures to Avoid Coercion in Psychiatry and Their Efficacy. *Deutsches Arzteblatt International*, 116(19), pp. 336-343. 10.3238/arztebl.2019.0336.

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

Hvidhjelm, J., Berring, L. L., Whittington, R., Woods, P., Bak, J., & Almvik, R., 2023. Short-term risk assessment in the long term: A scoping review and meta-analysis of the Brøset Violence Checklist. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30(4), pp. 637-648. 10.1111/jpm.12905.

Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielssen, O. & de Girolamo, G., 2015. Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 10(6), e0128536, pp. 1-18. 10.1371/journal.pone.0128536.

Kersting, X.A.K., Hirsch, S. & Steinert, T., 2019. Physical Harm and Death in the Context of Coercive Measures in Psychiatric Patients: A Systematic Review. *Front Psychiatry*, 10(400), pp. 1-19. 10.3389/fpsy.2019.00400.

Klemenc, D. & Pahor, M., 2004. Zmanjševanje pojavov nasilja na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. *Obzornik zdravstvene nege*, 38(1), pp. 43-52.

Knauf, S.A., O'Brien, A.J. & Kirkman, A.M., 2023. An analysis of the barriers and enablers to implementing the Safewards model within inpatient mental health services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 00, pp. 1-19. 10.1111/inm.13188.

Kuivalainen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O., Putkonen, A., Repo-Tiihonen E. & Tiihonen, J., 2017. De-escalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5), pp. 513-524. 10.1111/inm.12389.

Lee, H., Doody, O. & Henessy, T., 2021. Mental health nurses experience of the introduction and practice of the Safewards model: a qualitative descriptive study. *BMC Nursing*, 20(41), pp. 1-12. 10.1186/s12912-021-00554-x.

Lickiewicz, J., Adamczyk, N., Hughes, P.P., Jagielski, P., Stawarz, B. & Makara-Studzińska, M., 2021. Reducing aggression in psychiatric wards using Safewards - A Polish study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), pp. 50-55. 10.1111/ppc.12523.

McCann, T.V., Baird, J. & Muir-Cochrane, E., 2014. Attitudes of clinical staff toward the causes and management of aggression in acute old age psychiatry inpatient units. *BMC Psychiatry*, 14(80), pp. 1-9. 10.1186/1471-244X-14-80.

Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E., 2019. *Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L.A. & PRISMA-P Group, 2015. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols. *Systematic Reviews*, 4(1), pp. 1-9. 10.1186/2046-4053-4-1.

Mullen, A., Browne, G., Hamilton, B., Skinner, S. & Happell, B., 2022. Safewards: An integrative review of the literature within inpatient and forensic mental health units. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(5), pp. 1090-1108. 10.1111/inm.13001.

Pekurinen, V., Willman, L., Virtanen, M., Kivimaki, M., Vahtera, J. & Valimaki, M., 2017. Patient Aggression and the Wellbeing of Nurses: A Cross-Sectional Survey Study in Psychiatric and Non-Psychiatric Settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(10), 1245, pp. 1-14. 10.3390/ijerph14101245.

Pérez-Toribio, A., Moreno-Poyato, A.R., Lluch-Canut, T., Molina-Martínez, L., Bastidas-Salvadó, A., Puig-Llobet, M. and Roldán-Merino, J.F., 2022. Relationship between nurses' use of verbal de-escalation and mechanical restraint in acute inpatient mental health care: a retrospective study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(2), pp. 339-347. 10.1111/inm.12961.

Polit, D.F., & Beck, C.T., 2021. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Putkonen, A., Kuivalainen, S., Louheranta, O., Repo-Tiihonen, E., Ryyänänen, O.P., Kautiainen, H. & Tiihonen, J., 2013. Cluster-Randomized Controlled Trial of Reducing Seclusion and Restraint in Secured Care of Men With Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 64(9), pp. 850-855. 10.1176/appi.ps.201200393.

Rakhmatullina, M., Taub, A. & Jacob, T., 2013. Morbidity and mortality associated with the utilization of restraints: a review of literature. *The Psychiatric quarterly*, 84(4), pp. 499-512. 10.1007/s11126-013-9262-6.

Rossi, M.F., Beccia, F., Cittadini, F., Amantea, C., Aulino, G., Santoro, P.E., Borelli, I., Oliva, A., Ricciardi, W., Moscato, U. & Gualano, M.R., 2023. Workplace violence against healthcare workers: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Public Health*, 221, pp. 50-59. 10.1016/j.puhe.2023.05.021.

Sim, I.O., Ahn, K.M. & Hwang, E.J., 2020. Experiences of Psychiatric Nurses Who Care for Patients with Physical and Psychological Violence: A Phenomenological Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 5159, pp. 1-12. 10.3390/ijerph17145159.

Singh, J.P., 2013. Predictive validity performance indicators in violence risk assessment: a methodological primer. *Behavioral Sciences & The Law*, 31(1), pp. 8-22. 10.1002/bsl.2052.

Slemon, A., Jenkins, E. & Bungay, V., 2017. Safety in psychiatric inpatient care: The impact of risk management culture on mental health nursing practice. *Nursing Inquiry*, 24(4), e12199, pp. 1-10. 10.1111/nin.12199.

Spector, P.E., Zhou, Z.E. & Che, X.X., 2014. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), pp. 72-84. 10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010.

Steinert T, Bechdorf A, Mahler L, Muche R, Baumgardt J, Bühling-Schindowski F, Cole C, Kampmann M, Sauter D, Vandamme A, Weinmann S, Hirsch S. Implementation of Guidelines on Prevention of Coercion and Violence (PreVCo) in Psychiatry: Study Protocol of a Randomized Controlled Trial (RCT). *Frontiers in Psychiatry*, 11(579176), pp. 1-8. 10.3389/fpsy.2020.579176.

Šubic, M., 2017. *Uporaba enostavnih psihoterapevtskih tehnik v psihiatrični zdravstveni negi: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Taghavi Larijani, T. & Saatchi, B., 2019. Training of NANDA-I Nursing Diagnoses (NDs), Nursing Interventions Classification (NIC) and Nursing Outcomes Classification (NOC), in Psychiatric Wards: A randomized controlled trial. *Nursing Open*, 6(2), pp. 612-619. 10.1002/nop2.244.

Trstenjak, J., 2016. *Dojemanje varnosti zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Van Wijk, E., Traut, A. & Julie, H., 2014. Environmental and nursing-staff factors contributing to aggressive and violent behaviour of patients in mental health facilities. *Curationis*, 37(1), 1122, pp. 1-9. 10.4102/curationis.v37i1.1122.

Vetrih, P., 2015. *Primerjava diplomskih del Visoke šole za varstvo okolja, Fakultete za kemijo in kemijsko tehnologijo in Pedagoške fakultete: diplomsko delo*. Velenje: Visoka šola za varstvo okolja.

Vieta, E., Garriga, M., Cardete, L., Bernardo, M., Lombraña, M., Blanch, J., Catalán, R., Vázquez, M., Soler, V., Ortuño, N. & Martínez-Arán, A., 2017. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation. *BMC Psychiatry*, 17(1), 328, pp. 1-11. 10.1186/s12888-017-1490-0.

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

Ye, J., Xia, Z., Wang, C., Liao, Y., Xu, Y., Zhang, Y., Yu, L., Li, S., Lin, J. & Xiao, A., 2021. Effectiveness of CRSCE-Based De-escalation Training on Reducing Physical Restraint in Psychiatric Hospitals: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 12(576662), pp. 1-11. 10.3389/fpsyt.2021.576662.

Wilson, C., Rouse, L., Rae, S. & Kar Ray, M., 2017. Is restraint a 'necessary evil' in mental health care? Mental health inpatients' and staff members' experience of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(5), pp. 500-512. 10.1111/inm.12382.

Weltens, I., Bak, M., Verhagen, S., Vandenberk, E., Domen, P., Van Amelsvoort, T. & Drukker, M., 2021. Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic review of the literature, *PLoS ONE*, 16(10), e0258346, PP. 1-34. 10.1371/journal.pone.0258346.