



Fakulteta za zdravstvo
Jesenice

Faculty of Health Care
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

UPORABA POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV V PSIHIATRIJI

THE USE OF SPECIAL PROTECTIVE MEASURES IN PSYCHIATRY

Mentor: mag. Branko Bregar, viš. pred.

Kandidatka: Nina Klinar

Jesenice, januar, 2015

ZAHVALA

Najprej bi se rada zahvalila svojemu mentorju mag. Branku Bregarju viš. pred. za vso pomoč, usmeritve, nasvete in izkazano podporo pri pisanju diplomske naloge.

Zahvaljujem se izr. prof. dr. Brigiti Skela Savič in doc. dr. Emilu Benediku za recenzijo diplomskega dela.

Zahvaljujem tudi pomočnici strokovne direktorice mag. Jožici Peterka Novak, viš. med. ses. v Psihiatrični kliniki Ljubljana, ki mi je omogočila raziskavo v kliničnem okolju.

Zahvaljujem se tudi mojemu partnerju in družini za vso podporo v času študija.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: V zdravstveni negi na področju psihiatrije se ni moč izogniti uporabi posebnih varovalnih ukrepov, zato je nujno, da so zaposleni o tem izobraženi ter imajo veliko kliničnih izkušenj. Le z znanji in izkušnjami preprečimo negativne učinke, ki lahko pripeljejo do različnih poškodb pacienta.

Cilj: Cilj diplomskega dela je ugotoviti, v kolikšni meri anketiranci poznajo posebne varovalne ukrepe, alternativne metode preprečevanja ukrepov, etične dileme ter ocenjevalne lestvice, s katerimi se lahko preprečuje tudi uporabo varovalnih ukrepov.

Metoda: Uporabili smo neeksperimentalno kvantitativno raziskovalno metodologijo. Anketiranje smo izvedli v Psihiatrični kliniki Ljubljana, kjer je bilo izpolnjenih 46 vprašalnikov (86%) od 55. Statistično analizo smo izvedli s statističnim programom SPSS verzija 18.0, za analizo podatkov smo uporabili opisno statistiko. Odgovore smo primerjali glede na izobrazbo anketirancev s pomočjo hi-kvadrat testa in t testa za neodvisne vzorce.

Rezultati: Večina anketirancev pozna alternativne ukrepe, s katerimi bi lahko zmanjšali uporabo posebnih varovalnih ukrepov. Primerjava med zaposlenimi z različno izobrazbo je pokazala, da so diplomirane medicinske sestre bolj naklonjene izobraževanju o različnih tehnikah preprečevanja in zmanjševanja agresivnosti pri pacientih, kot tehniki zdravstvene nege ($p=0,05$). Med najpogostejše etične dileme so anketiranci uvrstili vprašanje, ali je fizično omejevanje res potrebno; tehniki zdravstvene nege so se s to trditvijo strinjali pogosteje kot diplomirane medicinske sestre ($p=0,04$). 82,5% anketirancev uporablja lestvice za oceno tveganja agresivnega pacienta, 55% jih meni, da se ob uporabi lestvic zmanjšuje uporaba posebnih varovalnih ukrepov.

Razprava: Z raziskavo smo ugotovili, da zaposleni pri svojem delu uporabljajo posebne varovalne ukrepe, poznajo in uporabljajo alternativne ukrepe, pri tem pa se zavedajo tudi etičnih dilem pri uporabi le teh. Izkazalo se je, da zaposleni potrebujejo dodatna znanja in redno usposabljanje. Glede na rezultate priporočamo več izobraževanja in usposabljanja iz posebnih varovalnih ukrepov in dejavnikov, ki na to vplivajo.

Ključne besede: posebni varovalni ukrepi, etične dileme, alternativne metode

SUMMARY

Theoretical background: In the psychiatry field in health care, it is almost impossible to avoid the usage of special safety measures, which is why it is urgent for every employee to be educated on the subject and have a lot of clinical experiences in their field. Only with proper knowledge and experiences it is possible to prevent any negative effects, which might lead to various injuries for the patient.

Objective: The objective of this thesis is to figure out, to what extent are the interviewees informed of the special safety measurements, alternative methods of preventive measures, ethical dilemmas and evaluating charts, which can also be used to prevent the usage of any kind of safety measures.

Method: We used a non-experimental numerical method. The survey was realized at the University Psychiatric Hospital in Ljubljana, where 46 questionnaires (86 %) out of 55 were finalized. Statistical analysis was realized via a SPSS statistics, 1.8 version, though a descriptive statistic method was used to analyze the data. The answers were compared by interviewees' level of education, while also using the chi-square distribution and test for the independent samples.

Results: The majority of the interviewees is informed and knows about the alternative measures, which could be used to minimize the usage of special safety measures. The comparison among the employees with different levels of education has shown, that nurses with BA education are more inclined to education on various techniques for preventing and minimizing the aggression in patients, than nurse technicians are ($P=0,05$). The interviewees viewed the question of physical limitation as the most common of ethical dilemmas; nurse technicians agreed with the statement more than nurses ($P=0,04$). 82.5 % of the interviewees believe, that the usage of the charts can help minimize the usage of any special safety measures.

Discussion: After finishing the research, we came to a conclusion that the employees do practice special safety measures at work, know and practice alternative measures and are also aware of the ethical dilemmas for their usage. It turned out they requisite additional knowledge in regular training in their field. Taking the results into account, we would recommend more education and training in special safety measures and in the factors which determine them.

Keywords: special protective measures, ethical dilemmas, alternative methods

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 OPREDELITEV POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV	3
2.1.1 Razlogi za uvedbo PVU	4
2.1.2 Vrste posameznih PVU	5
2.2 PRIPOROČENA DOKUMENTACIJA POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV ..	9
2.3 ETIČNE DILEME	10
2.4 NEKATERE ZNAČILNOSTI DUŠEVNIH MOTENJ	13
2.4.1 Nasilno vedenje pacientov z duševno motnjo	14
2.4.2 Dejavniki tveganja za nasilno vedenje	15
2.4.3 Posledice nasilja pri zdravstvenih delavcih	17
2.5 UPORABA OCENJEVALNIH LESTVIC	17
2.6 ALTERNATIVNE METODE OBVLADOVANJA NASILNEGA PACIENTA	19
3 EMPIRIČNI DEL	22
3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA	22
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	22
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	23
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	23
3.3.2 Opis merskega inštrumenta	23
3.3.3 Opis vzorca	24
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	24
3.4 REZULTATI	25
3.5 RAZPRAVA	33
4 ZAKLJUČEK	37
5 LITERATURA	38
6 PRILOGE	
6.1 INSTRUMENT	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Opis posameznih vedenj.....	18
Tabela 2: Preventivni ukrepi oz. intervencije glede na oceno BVC	19
Tabela 3: zanesljivosti vzorca po sklopih z Crombach α	24
Tabela 4: Frekvenčna in odstotna porazdelitev anketirancev glede uporabe ocenjevalnih lestvic	25
Tabela 5: Frekvenčna in odstotna porazdelitev anketirancev glede zmanjševanja uporabe PVU	26
Tabela 6: Frekvenčna in odstotna porazdelitev anketirancev o seznanitvi s protokolom uporabe PVU.....	26
Tabela 7: Frekvenčna in odstotna porazdelitev anketirancev o ukrepih, ki spadajo med uporabo PVU.....	27
Tabela 8: Katere etične dileme se najpogosteje pojavljajo pri izvedbi PVU?	28
Tabela 9: Primerjava trditev o etičnih dilemah pri izvedbi PVU, po izobrazbi, po povprečjih strinjanja	28
Tabela 10: S katerimi alternativnimi ukrepi bi zmanjšali oziroma preprečili uporabo PVU?. 30	
Tabela 11: Primerjava predlaganih alternativnih ukrepov za zmanjšanje oziroma preprečitev uporabe PVU, po izobrazbi glede na povprečje odgovorov.....	31
Tabela 12: Frekvenčna in odstotna porazdelitev anketirancev pri uporabi standardiziranih pripomočkov.....	31
Tabela 13: Frekvenčna in odstotna porazdelitev anketirancev o izobraževanju PVU.....	32
Tabela 14: Frekvenčna in odstotna porazdelitev anketirancev o dodatnem izobraževanju	32
Tabela 15: Frekvenčna in odstotna porazdelitev anketirancev o občutkih izvedbe PVU	32

1 UVOD

Zdravstvena nega na področju psihiatrije je proces človeške komunikacije, ki vključuje dva človeka, in sicer medicinsko sestro in pacienta. Usmerjena je v pomoč pacientu, z namenom doseganja samostojnosti in neodvisnosti oziroma v prilagojeno delovanje ob upoštevanju njegovih zmožnosti in sposobnosti. Je individualno načrtovana zdravstvena nega, ki stremi k spodbujanju pacienta za prevzemanje odgovornosti za lastno zdravje (Gnezda, 2009).

Pri obravnavi pacientov z duševnimi motnjami se v okviru psihiatrične zdravstvene nege izvajajo tudi posebni varovalni ukrepi (v nadaljevanju PVU), ki jih Zakon o duševnem zdravju (2008) opredeljuje v 29. členu: »PVU je nujen ukrep, ki se ga uporabi zaradi omogočanja zdravljenja osebe ali zaradi odprave oziroma obvladovanja nevarnega vedenja osebe, kadar je ogroženo njeno življenje ali življenje drugih, huje ogroženo njeno zdravje ali zdravje drugih ali z njim povzroča hudo premoženjsko škodo sebi ali drugim in ogrožanja ni mogoče preprečiti z drugim, blažjim ukrepom.«

Zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije obravnavajo paciente, ki lahko zaradi težav v duševnem zdravju izražajo jezo na neustrezen način. Lapanja (2012, str. 13) pove, da »agresivno vedenje pacienta s težavami v duševnem zdravju predstavlja urgentno stanje v psihiatrični zdravstveni negi, ki od negovalnega tima zahteva visoko strokovno znanje, podprto z izkušnjami v klinični praksi in usklajeno ter pravočasno delovanje v smeri preprečevanja oziroma zmanjševanja agresivnega vedenja in njegovih posledic.« Pri zdravstveni obravnavi pacientov moramo upoštevati vsa moralna in etična načela ter zakone, da ne posegamo v njihovo integriteto in ne kršimo človekovih pravic in svoboščin. Kljub temu pa se nasilnemu vedenju ne moremo izogniti, saj se pojavlja velikokrat in v zelo različnih oblikah (Možgan, 2009). In ker so zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije izvajalci PVU, je njihovo usposabljanje na tem področju obvezno, saj se z ukrepi pogosto srečajo. Ker pa PVU pomeni poseg v človekovo svobodo, si morajo zaposleni prizadevati, da je pogostost uporabe nizka, kar pomeni, da sta poznavanje in uporaba alternativnih metod nujno potrebna. Pomembna alternativna metoda je terapevtska komunikacija, kar je osnova terapevtskega odnosa, ki

je bistvo zdravstvene nege na področju psihiatrije, kar potrjuje tudi njena definicija (Bregar, Možgan, 2012).

Uporaba PVU je pogosto edini ukrep, s katerim pacientu omogočimo povečano varnost, vendar ob tem pozabljamo na vsa morebitna tveganja in nevarnosti zanj (Gradič, 2009). Zato bomo ugotovili, če so zdravstveni delavci seznanjeni s smernicami fizičnega oviranja ter ukrepi, s katerimi lahko preprečijo uporabo le-tega.

2 TEORETIČNI DEL

Posebni varovalni ukrepi so v zdravstveni negi na področju psihiatrije pomembni zaradi varnosti in omogočanja procesa zdravljenja. Sodobna obravnava pacienta v psihiatriji temelji na načinu, ki je pacientu najbolj prijazen, netravmatičen in učinkovit (Možgan, 2009).

2.1 OPREDELITEV POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV

»Uporaba posebnih varovalnih ukrepov je kompleksna etična dilema v psihiatrični zdravstveni negi, kjer so PVU povezani z vprašanji o človekovih pravicah, saj ima vsak človek pravico do svobode, varnosti in fizične integritete, kar pa enako velja za psihiatrične paciente« (Kontio et al., 2010, str. 67). »PVU v psihiatriji je vedno nujen ukrep, ki ga je potrebno izvesti nemudoma in brez odlašanja. Ukrep mora trajati najkrajši čas glede na razlog njegove uvedbe. Pred uvedbo PVU je potrebno oceniti pacientovo stanje, situacijo, v kateri smo, in razpoložljivost usposobljenih oseb« (Možgan, 2009, str. 439). Osebo, pri kateri je bil uporabljen PVU, se mora nadzorovati, spremljati njene vitalne funkcije ter strokovno obravnavati ves čas trajanja ukrepa. O izvajanju PVU se v zdravstveno dokumentacijo vpišejo natančni podatki o razlogu, namenu, trajanju ter nadzoru nad izvajanjem ukrepa (Žmitek, 2010). Uporabo PVU obravnava tudi Zakon o duševnem zdravju v 31. členu (2008), kjer so opisani ukrepi, določene so indikacije za uvedbo ukrepov in celoten postopek izvajanja, ki je časovno omejen in natančno dokumentiran. Za dokumentiranje PVU se lahko uporabi poseben obrazec ali pa se že obstoječi dokumentaciji doda manjkajoče podatke (Dernovšek, Grubič Novak, 2001). »Dokumentacija daje hiter vpogled v pacientovo preteklo in trenutno zdravstveno stanje z vidika fizičnega in tudi psihičnega stanja, prejete in načrtovane medikamentozne terapije, opravljene in predvidene preiskave ter trajanje PVU« (Zemljič, 2011, str. 65). Z nemirnimi, agresivnimi pacienti se srečujemo vsak dan. Kljub temu, da je uporaba posebnih varovalnih ukrepov včasih nasprotujoča in lahko povzroči tudi resne, včasih usodne stranske učinke, pa se avtorji sodobnih člankov in študij na to temo v različnih državah strinjajo, da popolna ukinitve teh ukrepov ni mogoča (Steinert et al., 2009 povz. po Bregar, 2012). Uporaba PVU še vedno predstavlja dilemo zaposlenih v zdravstveni negi, ki skušajo uravnovežiti tveganja in koristi njihove uporabe (Janelli, Stamps, Delles, 2006). Avtorja članka Moosa in Jeenah (2009) ugotavljata, da ljudje uporabo PVU tudi različno interpretirajo. Nekateri

vidijo uporabo PVU kot kršitev človekovih pravic, spet drugi kot nekaj nujnega za lažje obvladovanje in nadzorovanje nasilja, nekateri pa dajejo uporabi terapevtsko vrednost.

Zakon določa, da se PVU uporabljajo v oddelkih pod posebnim nadzorom in varovanih oddelkih. Deli pa jih na telesno oviranje s pasovi in omejitve gibanja znotraj enega prostora. Prav tako je v zakonu natančno opredeljeno kdo in v kakšnem primeru lahko PVU odredi, koga je potrebno o odrejenem ukrepu obvestiti, koliko časa lahko takšen ukrep traja, kako je z nadzorom osebe med trajanjem ukrepa in drugo (Zakon o duševnem zdravju, 2008).

2.1.1 Razlogi za uvedbo PVU

Da bi lahko zagotovili kakovostno in enotno obravnavo v nekaterih nujnih stanjih pri osebah z duševnimi motnjami, so bile izdelane smernice o namenu, vrstah in izvajanju PVU. Smernice omogočajo pregled ukrepov, postavitev kriterijev, kdaj jih smemo uporabljati, način njihovega izvajanja in dokumentiranja. Potrebne pa so tudi zaradi zaščite in spoštovanja pacientovih pravic (Kusić, 2010). Pri odločitvi za uporabo PVU sodeluje celoten zdravstveni tim. Izvaja se v prisotnosti zdravnika, ki ukrep odobri, vendar se glede na nujnost stanja v določenih primerih za PVU lahko odloči tudi drugi zdravstveni delavec, a mora o tem v najkrajšem času obvestiti zdravnika, ki pacienta pregleda, oceni njegovo stanje in ugotovitve zabeleži v ustrezno dokumentacijo. Ta čas pa mora zdravstveni delavec zabeležiti pacientovo stanje ob uvedbi ukrepa (Dernovšek, Novak Grubič, 2001).

Ukrepe razdelimo na dve skupini:

- ukrepi, ki so namenjeni omogočanju zdravstvene obravnave pacienta, med katere sodijo: fiksacija roke med aplikacijo infuzije, premedikacija pred drugimi medicinskimi posegi ali preiskavami npr. računalniška tomografija glave in
- ukrepi, potrebni za odpravo oziroma obvladovanje pacientovega nevarnega vedenja (samopoškodbeno vedenje, samomorilnost, heteroagresivnost) (Dernovšek, Novak Grubič, 2001).

2.1.2 Vrste posameznih PVU

V ZDZdr (2008), v 29. členu, je opredeljeno »PVU, ki se izvajata, sta telesno oviranje in omejitev gibanja znotraj enega prostora. Uporabita se lahko le izjemoma in lahko trajata le toliko časa, kolikor je nujno potrebno«. Kadivec (2004) meni, da zdravstveno osebe ni ne po etičnih merilih, ne po izobrazbi in ne po usposobljenosti poklicano, da obvladuje nasilnega pacienta. Zagotoviti se mora varnost vseh udeležениh, ne sme se pa pozabiti na zaščito človekovih pravic pri pacientu. PVU se uporabi takrat, kadar je strokovno upravičen in ga naroči zdravnik.

PVU, ki sta določena po zakonu o duševnem zdravju, sta (ZDZdr, 2008):

- telesno oviranje s pasovi in
- omejitev gibanja znotraj enega prostora.

Telesno oviranje s pasovi se uporabi le izjemoma in lahko traja le toliko časa, kolikor je nujno potrebno glede na razlog njegove uvedbe, pri čemer čas trajanja ne sme presegati več kot štiri ure. Po preteku navedenega obdobja zdravnik preveri utemeljenost ponovne uvedbe PVU (Groleger, 2009). *Omejitev gibanja znotraj enega prostora* pomeni bivanje v zato namenjenem prostoru, oblazinjeni sobi, ki je vizualno in zvočno spremljana preko kamere. V tem prostoru je pacient sam; zdravstveni delavec ga opazuje preko video nadzora, ekrana. Prostor je v celoti oblazinjen z materiali, ki so prijazni, mehki in se dajo higiensko vzdrževati. Pacient, ki v prostor vstopa, mora predati vse nevarne predmete, s katerimi bi se lahko poškodoval, oddati mora tudi dele oblačil, ki bi lahko privedle do samopoškodb, zadrževanja. (29. člen) (ZDZdr, 2008). PVU omejitve svobode gibanja znotraj enega prostora ne sme trajati nepretrgoma več kot 12 ur, če se izkaže potreba po podaljšanem PVU, je to možno le z utemeljitvijo zdravnika (ZDZdr, 2008).

Glede na metodo izvajanja ločimo tri vrste ukrepov (Dernovšek, Novak Grubič, 2001; Groleger, 2009; Možgan, 2009):

- medikamentozni,
- fizični ali
- kombinacija obeh.

Medikamentozni PVU pomeni, da pacient v enkratnem ali večkratnih zaporednih presledkih prejme antipsihotik, benzodiazepin ali kombinacijo obeh. Način in čas aplikacije zdravil predpiše zdravnik glede na pacientovo zdravstveno stanje. Medikamentozno oviranje lahko izvajamo samostojno ali v kombinaciji s fizičnim. Odmerki zdravil so v začetku nizki, vendar jih ponavljamo na pol do ene ure do ustrezne umiritve agitacije in agresivnosti (Groleger, 2009).

Med *fizične PVU* uvrščamo: diskreten nadzor, stalen nadzor, ograjica na postelji, fiksacija, telesno oviranje s pasovi, ovirni jopič in mrežnice (Dernovšek, Novak Grubič, 2001). *Diskreten nadzor* pomeni povečano pozornost osebja, pacient ima še vedno ohranjeno delno zasebnost, nima občutka, da je pod nadzorom. Časovne intervale nadzora odredi zdravnik glede na pacientovo stanje. Diskretni nadzor uporabljamo pri novo sprejetih pacientih na varovanih oddelkih, nejasnih samomorilnih grožnjah, nevarnosti padca, predelirantnemu stanju in potencialni verjetnosti heteroagresivnega vedenja (prav tam). *Stalen nadzor* pomeni nepretrgano varovanje pacienta. Izvajamo ga lahko samo na varovanih oddelkih in ga uporabljamo pri pacientih z jasno izraženo samomorilnostjo, pri pacientih z delirantno skaljeno zavestjo, pri tistih, ki so v veliki nevarnosti za poškodbe, ki imajo nestabilne vitalne funkcije in so v stanju fiksacije s pasovi na postelji (prav tam). *Standardno oviranje na postelji* se uporablja s posebnim kompletom pasov, ki so med seboj povezani z magnetnimi spojkami. Ukrep se uporablja pri izredno avtoagresivnih, heteroagresivnih ter zelo agitiranih pacientih. Izvajanje ukrepa zahteva večje število ljudi, ki morajo biti ustrezno usposobljeni. Pacienta mora ves čas nadzorovati član osebja, ki je prisoten in v tem času beleži vsa dogajanja in opažanja pri pacientu. Pacienta pregleda zdravnik na štiri ure in odredi uvedbo ukrepa in oceni pacientovo stanje. Pri izvajanju ukrepa se pri ogroženih pacientih merijo vitalne funkcije in bilanca tekočin, ves postopek pa mora biti ustrezno dokumentiran (Možgan, 2009). *Ograjico na postelji* uporabljamo pri ležečih pacientih, večinoma pri starostnikih in telesno oslabelih, z namenim preprečitve padca s postelje (večinoma ponoči, lahko pa tudi čez dan). Skladno s stanjem pacienta se odločimo za primerno spremljanje izvajanja tega ukrepa (Robar, 2011).

Kombinacija obeh: Uporaba krajšega fizičnega varovalnega ukrepa (fiksacija s pasovi) v kombinaciji z zdravili zelo ugodno vpliva na umiritev pacienta. Izkušnje kažejo, da

imajo pacienti veliko raje zdravila, umirjen pogovor, kot pa fizično oviranje (Možgan, 2009).

Med PVU lahko štejemo tudi uporabo ovirnega jopiča in mrežnice (zamrežene postelje), ki sta se kot PVU v preteklosti v klinični praksi pogosto uporabljala. Danes pa sta zaradi invazivnosti v pacientovo svobodo prepovedana (prav tam).

Indikacije PVU:

- preprečitev neposredne nevarnosti in poškodb za pacienta in zdravstveno osebje,
- preprečevanje resnih motenj v terapevtskem programu na oddelku,
- preprečitev resne škode na inventarju,
- na zahtevo pacienta, zmanjšanje škodljivih stimulacij za pacienta iz okolja (Dernovšek, Novak Grubič, 2001).

Kontraindikacije PVU:

- nadomestilo za medikamentozno zdravljenje,
- kaznovanje pacienta,
- odgovor na pacientovo neprijetno vedenje, ki pa ni nevarno,
- ko pri izvedbi fizičnega oviranja ne moremo zagotoviti varnosti pacienta (prav tam).

PVU je ena najzahtevnejših delovnih nalog za celoten tim, zato je zelo pomembna pravilna izvedba PVU. Na kakovost izvedbe vpliva več dejavnikov:

- ocena situacije in načrt ukrepanja – možnost nasilnega vedenja je potrebno predvideti in izdelati ustrezne postopke ravnanja ob možnosti ukrepanja in izvedbi PVU;
- okolje – potrebno je zagotoviti primerno okolje z ustreznimi tehničnimi pripomočki, ki jih potrebujemo za izvedbo PVU;
- zdravstveno osebje – osebje mora biti strokovno izobraženo;
- edukacija – zagotoviti je potrebno ustrezne oblike izobraževanja osebja, med katerimi so; učne delavnice, redni treningi in redno preverjanje usposobljenosti, zdravstveno osebje mora poznati teoretične osnove o nasilnem vedenju, vzrokih, oblikah in njegovih posledicah. Nujno je poznavanje strokovnih priporočil, ki obravnavajo to področje;

- odrejanje – praviloma PVU odredi zdravnik, šele nato se ga izvede. Ker pa zdravnika ni vedno na oddelku, se v določenih okoliščinah za ukrep odloči zdravstveno osebje samo, vendar mora v tem primeru takoj obvestiti odgovornega zdravnika;
- izvajanje nadzora – pri pacientih, v času izvajanja PVU spremljamo in nadzorujemo vitalne funkcije (krvni tlak, dihanje, splošno psihofizično počutje);
- dokumentacija – dokumentacija mora biti natančna, skrbno vodena, iz nje morajo biti razvidni razlog, namen in nadzor izvajanja, vsebovati mora skrbno beleženje morebitnih zapletov;
- razbremenitev – možnost pogovora o celotnem dogajanju (sodelujoče osebe in prisotni pacienti), strokovna pomoč in svetovanje;
- sodelovanje drugih služb – v posebnih primerih je za ustrezno izvajanje PVU-ja nujno pritegniti druge usposobljene službe (varnostniki, policisti, gasilci), ki ukrepajo v okviru svojih pristojnosti (Robar, 2011, str. 46).

V času izvajanja fizičnega varovalnega ukrepa se mora izvajati aktivnosti zdravstvene nege oziroma nadzora pacienta:

- v primeru namestitve pasov nasilnemu pacientu, mora zdravnik ponovno pregledati pacienta po eni uri predpisane omejitve, v tem času se izvaja opazovanje na 15 min. Če je pacientovo stanje stabilno, se izvaja nadzor na dve uri oziroma glede na predpis, ki ga določi zdravnik;
- pri dolgotrajnejšemu PVU sprostimo pasove, pregledamo stanje kože, poskrbimo za razgibavanje fiksirane okončine, zdravnik pa najmanj na štiri ure pregleda pacienta in presodi, če je ukrep še potrebno izvajati;
- poskrbimo za zadostno hidracijo pacienta, nadziramo mikcije (prav tam).

Pri pacientu, ki ima predpisan PVU, merimo vitalne funkcije, ocenjujemo njegovo zavest in splošno orientiranost vsaj na dve uri, lahko tudi pogosteje (Bregar, et al., 2012).

Za zagotovljeno varnost pacientov in zdravstvenega osebja in za kvalitetno izvajanje PVU je potrebno zagotavljati redne oblike izobraževanja zdravstvenega osebja. Pri izvajanju PVU mora zdravstveno osebje poznati teoretične osnove o nevarnem vedenju, vzrokih, oblikah in njegovih posledicah. Poleg tega morajo poznati tudi strokovna

priporočila, ki veljajo za to področje. Izobraževanje bi moralo biti organizirano v rednih intervalih, obenem pa bi morali preverjati znanje osebja, saj le na tak način lahko dosežemo, da bo obravnavanje pacientov v psihiatriji manj stresno, bolj varno za paciente in zdravstveno osebje, obenem pa bi bila izvedba PVU kvalitetna in enotna (Možgan, 2009).

Ker ima vsak pacient pravico do kakovostne zdravstvene nege in pravico do najpomembnejšega subjekta v obravnavi, tudi pri izvajanju PVU, medicinska sestra skrbi, da je pacient ves čas v ospredju (Čuček Trifkovič, Pišlar, 2011, str. 15).

Specifične naloge medicinske sestre v psihiatrični zdravstveni negi so:

- pacienta in njegove svojce naučiti pravih interakcij, ustrezne komunikacije ter medosebnih odnosov;
- svetovanje pacientu ob njegovih notranjih konfliktih, strahovih;
- vodenje vsakodnevnega življenja na oddelku;
- pomoč in vzpodbujanje pacienta pri življenjskih aktivnostih;
- spodbujanje pacienta k izražanju čustev;
- skrbeti za terapevtsko vzdušje v bolniških oddelkih;
- zdravstveno vzgojno delovanje tako v stiku s pacientom, njegovimi svojci, kot tudi v širši skupnosti;
- vodenje zdravstvene nege in oskrbe na psihiatričnih oddelkih in drugih zdravstvenih ustanovah;
- medicinska sestra je samostojna izvajalka ali sodelavec pri različnih oblikah individualnega ali skupinskega dela s pacienti;
- je pacientov sogovornik in njegov nadomestni bližnji, če je to potrebno (prav tam).

2.2 PRIPOROČENA DOKUMENTACIJA POSEBNIH VAROVALNIH UKREPOV

Izvajanje PVU pri pacientu mora biti skrbno dokumentirano. Iz dokumentacije mora biti razviden razlog uvedbe PVU, dosednji ukrepi za preprečevanje PVU, vrsta PVU in opis situacije, ki je privedla do PVU. V dokumentaciji je priporočeno označiti tudi opazovano nasilno vedenje, oceno tveganja nasilnega vedenja in opazovano samomorilno vedenje ter oceno tveganja samomorilnega vedenja (Možgan, 2009).

Zapisano mora biti tudi:

- čas PVU,
- zdravnik, ki je PVU odredil, in njegov podpis,
- medicinska sestra, ki razpiše nadzor za časovne intervale,
- opombe zdravnika (posebnosti v statusu),
- opombe osebe, ki varuje (opis vedenja),
- aplikacija medikamentozne terapije,
- podpis osebe, ki varuje,
- datum in čas prenehanja PVU,
- zdravnik, ki prenehanje odredi (prav tam).

V kolikor je bil PVU uporabljen še pred prihodom zdravnika, mora medicinska sestra zabeležiti:

- čas uvedbe ukrepa,
- čas, ko je bil zdravnik obveščen,
- opis pacientovega vedenja,
- vrsto ukrepa,
- zdravnik je dolžan pacienta s takim ukrepom nemudoma obiskati in pregledati, podati nadaljnja navodila ter dokumentirati stanje, ki ga je ugotovil (Robar, 2011, str. 47).

Poleg omenjene dokumentacije uporabljamo tudi Poročilo zdravstvene nege oziroma List intenzivne nege, v katerem so zabeležene vse intervencije in postopki zdravstvene nege, ki se izvajajo med samim PVU. O vsaki spremembi pri pacientu sproti obveščamo odgovornega zdravnika (prav tam).

2.3 ETIČNE DILEME

Medicinska sestra se pri svojem delu sreča s številnimi etičnimi vprašanji, dilemami, stiskami in odločitvami. Pogoste odločitve slonijo na osnovi lastne moralne drže, prepričanj, vrednot. Osnovno vodilo medicinski sestri pri njenem delu je spoštovanje človeka in njegove integritete v najširšem smislu (Klemenc, 2003). Tschudin (2004) meni, da vsak dan sprejemamo različne etične odločitve, vendar običajno ne

razmišljamo, ali se odločamo na osnovi kakšnih posebnih teorij oziroma načel. Izbiramo, presojujamo in ravnamo po svojih vrednotah, čeprav etika vključuje več refleksije in utemeljevanja. Cilj moralno-etičnega odločanja je določiti ter ločiti pravilno od nepravilnega. Ko govorimo o fizičnem oviranju pacientov, gre vedno za kršitev načela avtonomije, zato je potreben tehten premislek, če je to zadnja možnost za zagotovitev varnosti in ali odločitev temelji izključno na načelu dobronamernosti in v korist pacienta. Kljub temu, da je odločitev o oviranju na strani zdravnika, je ta etična dilema vedno prisotna (Naka, 2012).

Ena izmed etičnih dilem, s katero se mora spopadati zdravstveni tim v psihiatriji, je tudi zdravstvena nega nasilnega pacienta, fizično oviranje le-tega in aplikacija medikamentozne terapije, če pacient tega noče. Odnos do nasilne osebe je etična dilema, ki se ne dotika le zdravstvene nege, pač pa celotne družbe. Zdravstveno osebje ima na voljo različne metode in načine pomiritve pacienta kot npr. pomirjevalno komuniciranje s pacienti, pri katerih zaradi narave duševne motnje obstaja verjetnost nasilja (Kogovšek, Škerbinek, 2002). Ko presojujamo, v zdravstveni negi mnogokrat ni časa za daljši razmislek, saj mora biti odločitev hitra, pravilna in usmerjena na trenutno zdravstveno stanje pacienta. Vsak izmed pacientov je individualen ter oblikovan pod vplivom kulturnega, verskega in političnega prepričanja, izobrazbe, življenjskih izkušenj (Šemrl, 2011).

Situacije, pri katerih je potrebno uporabiti PVU, so vedno stresne za celotno osebje. Zaradi tega se je po končani intervenciji potrebno pogovoriti o celotnem poteku uvajanja PVU, o napakah, dobrih reakcijah, čustvih in težavah, ki jih ob tem osebje doživlja, kar pripomore h kakovosti izvajanja PVU (Možgan, 2009).

Medicinske sestre morajo poskušati vzdrževati ravnotežje med pravnimi in etičnimi vprašanji glede ovirnic. Medicinske sestre želijo zaščititi pacienta pred poškodbami, prav tako pa želijo ohraniti pacientove pravice in dostojanstvo. Zdravstveno osebje je poročalo o občutkih krivde in zadrege, ko so uporabili fizične ovirnice, saj se zavedajo, da le-te lahko prispevajo k izgubi pacientovega dostojanstva (Janelli et al., 2006).

Etična dilema medicinskih sester je tudi ali naj same uporabijo fizično omejevanje svobode pacienta ali naj čakajo na zdravnikova navodila, medtem ko je lahko ogroženo

pacientova varnost ter varnost drugih pacientov in zaposlenih. Zato so naloge medicinske sestre naslednje:

- medicinska sestra mora intervirati takoj, ko pacient potrebuje nadzor ali omejitve, v nasprotnem primeru se bo agresija stopnjevala in bo pacient izgubil nadzor nad svojim vedenjem;
- ko je z vidika varnosti potrebno, se pacientu približamo na neogrožajoč način, dovolimo mu osebni fizični prostor, izogibati se moramo položaju z rokami v pasu, s stisnjeni pesti ali prekrižanimi rokami na prsih;
- vzdržati se moramo reagiranja na zgolj čustveni osnovi. Če se medicinska sestra odziva čustveno, pacient postane izgubljen, ker je medicinska sestra zaposlena z lastnimi potrebami. Pacient zlahka opazi njene šibke točke, ker je tudi sam zelo občutljiv ima izkušnje iz preteklosti;
- medicinska sestra naj bo odločna, razumevajoča in naj ne kaže strahu;
- vzdržati se mora dokazovanja in izzivanja pacienta, ker to povzroči povečanje agresivnega vedenja;
- potrebno je vztrajno uveljavljanje omejitev;
- poskušati moramo odkriti vzrok pacientove vznemirjenosti ali agresivnosti;
- pacientu pomagamo imenovati občutke in se pogovorimo o njegovih težavah;
- pacienta namestimo v varno okolje, saj to močno vpliva na njegovo vedenja (bleščeče luči, preglasna glasba itd);
- pacienta moramo umirjati, ga podpirati in prepričevati;
- poskrbeti moramo za ustrezno razvedrilo in pri tem upoštevati, da ima pacient s čustvenimi motnjami kratko dobo koncentracije;
- z dejanji naj medicinska sestra prepriča pacienta, da ga njegovo vedenje ni oddaljilo od nje;
- spodbujati ga mora, da razume, nadzira in sprejme odgovornost za svoje vedenje;
- spodbujati mora pozitivno vedenje in izpostavljati pacientove sposobnosti, ker to povečuje njegovo samospoštovanje, ustvarja zaupanje in občutek varnosti (Balažič, 2010).

2.4 NEKATERE ZNAČILNOSTI DUŠEVNIH MOTENJ

Duševne motnje niso tako redke, duševno zdravje pa ne tako pogosto, kot si marsikdo predstavlja. Pri tem težave z duševnim zdravjem močno vplivajo na kakovost življenja, saj velikokrat vodijo v neizogibno stisko tako obolele osebe kot njihove bližnje. Med drugim v ekonomskem pregledu duševne motenj zaznavamo kot družbeno breme, saj prevalenca teh motenj med vsemi boleznimi strmo narašča (Marušič, Temnik, 2009).

Duševne motnje povzročajo težave v mišljenju, zaznavanju in vplivajo na vedenje človeka ter posledično na njegovo počutje. Duševna motnja je bolezen, s katero je povezanih veliko predsodkov, saj v ljudeh vzbuja strah in nelagodje. Ljudi, ki so odstopali od normalnega vedenja, so se v družbi bali, jih zasmehovali in zapirali v ustanove, od koder ni bilo vrnitve v običajno življenje. To pa je lahko tudi razlog, zakaj imajo ljudje strah pred psihiatrijo. Duševne motnje se lahko uspešno zdravijo, vendar to zahteva sodelovanje posameznika ter znati sprejeti pomoč strokovnega osebja in svojcev (Fergola, 2007).

Dekleva (2009) meni, da lahko duševna motnja poseže na vsa področja človekovega delovanja, saj takšne osebe po navadi začnejo z opuščanjem manj pomembnih aktivnosti, pri čemer se lahko poruši ravnovesje med področji delovanja.

Duševne motnje se najpogosteje kažejo v strahu, napetosti in negotovosti, nezaupljivosti, nezadovoljstvu, spremenjenem doživljanju sebe in sveta, čustveni neobvladanosti. Vse to vpliva na odnos pacienta do drugih. Pomemben je ustrezen odnos do duševnih pacientov, saj ima ta neposreden terapevtski učinek. Takšen odnos do pacienta morajo imeti vsi člani tima. Največ stikov s pacientom imajo zaposleni v zdravstveni negi, zato je ustrezen odnos še kako pomemben. Poleg tega prav oni pogosto oblikujejo razpoloženje na psihiatričnih oddelkih, zato ni dovolj poznavanje posameznih duševnih motenj, temveč tudi razumevanje pacientove duševnosti. Osnovni pogoj za uspešno delo s pacienti, ki trpijo za duševno motnjo, predstavlja zaupanje, strokovno znanje, empatija in osebna zrelost (Kogovšek, Škerbinek, 2002).

2.4.1 Nasilno vedenje pacientov z duševno motnjo

V psihiatrični zdravstveni negi predstavlja nasilno vedenje (agresivnost) s težavami v duševnem zdravju urgentno stanje, ki od negovalnega tima zahteva visoko strokovno znanje, podprto z izkušnjami v klinični praksi. Pomembno je tudi usklajeno in pravočasno delovanje v smeri preprečevanja oz. zmanjševanja heteroagresivnega vedenja in njegovih posledic. Med najpomembnejšo intervencijo zdravstvene nege spada zagotavljanje varnosti pacienta in osebja, ki jo medicinska sestra zagotavlja prek nabora številnih intervencij, med katere spadajo terapevtski pogovor, uporaba različnih tehnik preprečevanja in zmanjševanja agresivnosti pri pacientu, aplikacija medikamentozne terapije in uporaba PVU – fizičnega oviranja s pasovi. Pomemben je pravilen pristop do pacienta, kjer se osredotočamo na verbalno in neverbalno komunikacijo. Medicinska sestra, če hoče učinkovito obvladati agresivno vedenje pacienta, mora posedovati multidisciplinarno znanje, ki temelji na izkušnjah, tim zdravstvene nege pa mora delovati hitro, usklajeno in strokovno (Lapanja, 2010). Nasilje na delovnem mestu predstavlja resen dogodek, v katerem so lahko zaposleni ogroženi, ozmerjani, napadeni v različnih situacijah, ki so povezane z njihovim delom, vključno s posrednim in neposrednim ogrožanjem njihove varnosti in zdravja (Videčnik, 2007). Davison (2005) meni, da je nevarnost nasilnega vedenja predvsem odvisna od stanja nasilne osebe, okoliščin, stanja in lastnosti žrtve. Zatorej je pri načrtovanju preprečitve nasilja ali obvladovanja nasilnega pacienta potrebno upoštevati vse okoliščine, ki so kakorkoli vplivale na agresivno osebo.

Vloga medicinske sestre se začne že pri sprejemu pacienta, ki odklanja hospitalizacijo na zdravljenje. Pomembno je, da medicinska sestra s pogovorom pomiri pacienta. Zato je pomembno, da pozna in predvidi dejavnike agresivnosti ter kazalce agresivnega vedenja (Robar, 2011).

Različne oblike nasilja je mogoče v širšem okolju abnormalnega vedenja srečati kot tri oblike (Kobal, 2007; Groleger, 2009):

- *Primarno nasilno vedenje*: kadar možganski bolezenski proces – večinoma gre za novotvorbe – zajame določene strukture v centralnem živčevju ali/in jih notranje ali zunanje draženje stopnjuje do nasilnosti (npr. možganski tumor, krvavitev, poškodba);

- *Sekundarno nasilje* nastane takrat, kadar posameznik z nasilnostjo odgovarja na očitne ter bolj prikrite provokativne, neprijetne dražljaje okolja, v katerem živi. Je najpogostejša oblika nasilnega vedenja v psihiatriji in tudi izven nje. Marsikdaj pa lahko tudi duševna motnja na različne načine poveča občutljivost pacienta na stres, zmanjša njihovo frustracijsko toleranco oz. zniža prag razdražljivosti in tako poveča možnost neugodnega reagiranja (Groleger, 2009);
- *Terciarno nasilje* je direkten izraz duševne patologije, kot so v nasilje usmerjene slušne halucinacije, blodnjave vsebine ali pa kvalitativne motnje zavesti, ko pacient prepozna sicer običajen ali celo prijeten dražljaj kot sovražno dejanje, med katere spada nasmeh ali stisk roke. Kobal (2007) pri tem poudari, da je ta vrsta nasilja tesno povezana z duševno motnjo in se ji v psihiatrični zdravstveni negi ni moč izogniti. Pri terciarnem nasilju se kaže tudi človekova osebnost. Največ nasilnih dejanj je povezanih s shizofrenijo, ko so pacienti pod vplivom imperativnih halucinacij in blodenj, predvsem preganjalnih, ki še stopnjujejo nasilnost.

Groleger (2009) pa opozarja, da se tudi manični pacient lahko vede nasilno, največkrat le besedno, prav tako pa je lahko nasilen tudi globoko depresiven pacient. Precej nasilni pa so tudi pacienti z nekaterimi kvantitativnimi motnjami zavesti in s spremenjeno zavestjo v celoti.

2.4.2 Dejavniki tveganja za nasilno vedenje

Nasilno vedenje v zdravstvenih ustanovah ima vedno tri determinante. Lapanja (2010) jih deli na: dejavnike s strani pacienta, dejavnike na strani osebja in dejavnike na strani okolja.

Davison (2005) navaja, da so rezultati različnih raziskav pokazali, da je znotraj psihiatričnih ustanov največ nasilnih oseb predvsem pacientov s shizofrenijo; pri tem je potrebno upoštevati dejstvo, da je pri večini oseb v takih ustanovah diagnosticirana shizofrenija. Prav tako se nasilno vedenje lahko pričakuje pri pacientih, ki že imajo zgodovino nasilnega vedenja, jasno izraženo namero po nasilnem vedenju ali pa imajo zmanjšano sposobnost kontrole jeze in impulzivnosti (Groleger, 2009).

Dejavniki na strani zdravstvenega osebja predstavljajo odnos zdravstvenega osebja do nasilja in nasilnih dogodkov (Lapanja, 2010). Davison (2005) omenja raziskave, ki so pokazale, da tudi določene lastnosti zaposlenih vplivajo na porast nasilnega vedenja. V ospredju je preveč strogo in avtoritativno obnašanje, ki lahko kaj hitro izzove nasilje, prav tako ga izzove pomanjkanje spoštovanje do pacienta.

Med dejavniki okolja so najpogostejša mesta varovani sprejemni oddelki psihiatričnih ustanov ter ambulante urgentne medicine. Tveganje za nasilno vedenje predstavlja predvsem hospitalizacija proti volji, pomanjkanje izobraženega osebja, premajhni in neudobni prostori, dolgo čakanje v čakalnicah (Lapanja, 2012). Davison (2005) omenja, da so določene raziskave pokazale, da so od zaposlenih, ki delajo v psihiatričnih ustanovah, nasilnemu vedenju najbolj podvržene medicinske sestre. Te pa morajo biti pozorne na različne dejavnike, ki pripomorejo k povečanju tveganja agresivnega vedenja, morajo pa jih znati tudi prepoznati.

Ti dejavniki so:

- notranje (blodnje, halucinacije) ali zunanje provokacije,
- droge ali alkohol,
- frustracije (nasprotja med željami pacienta in možnostmi konkretne situacije),
- nedosledno postavljanje meja,
- pomanjkanje vedenjskih oblik kot alternativ nasilju (npr. soba za sproščanje),
- nenaden stres,
- zaznana nevarnost, bodisi prava ali namišljena,
- pomanjkanje osebnega prostora,
- ujetost v nestrukturirano okolje brez aktivnosti,
- pomanjkanje kontaktov s pacienti v času prezaposlenosti osebja,
- aplikacija terapije proti volji pacienta (Rager Zuzelo, 2009 povz. po Lapanja, 2012).

Dejavniki in okoliščine, ki lahko izzovejo pacienta k agresivnosti, so naslednji:

- populacija pacientov: na prepolnih oddelkih, kjer se zbirajo pacienti s hujšo patologijo in nepredvidljivim vedenjem, seveda lahko pride do medsebojnih napetosti;

- razmerje med številom osebja in številom pacientov: če zaradi pomanjkanja osebja pacient ne prejme zadostne pozornosti, je več razlogov za frustracije, naraste anksioznost, posledično je tudi verjetnost agresivnih reakcij večja;
- dolgočasje: premalo spodbudnega dogajanja na oddelku nekatere paciente izzove k nagajanju, ki se utegne prevaliti v agresivne izpade, zato je potrebno poskrbeti za primerne načine odvajanja odvečne energije;
- pomanjkljivo komuniciranje: tudi premalo obveščanja in sporazumevanja med pacienti in osebjem lahko vodi k agresivnim izpadom; marsikatero dejanje je mogoče preprečiti, če pacientu potrpežljivo in na primeren način razložimo potek obravnave;
- neustrezni odnosi: že samo nevljudnost in nestrpnost osebja sta lahko za nekatere paciente dovolj provokativni (Balažič, 2010).

2.4.3 Posledice nasilja pri zdravstvenih delavcih

Videčnik (2007) meni, da lahko verbalno in fizično nasilje ter agresija pacientov med zdravstvenim osebjem sproži različne odzive, med katerimi so najpogostejši čustveni. Posameznik se začne bati za svojo lastno varnost, lahko pa se pojavi tudi strah pred etičnimi in pravnimi posledicami nasilja. Nad zdravstvenimi delavci pa ima nasilje lahko dolgotrajne ali kratkotrajne posledice, ki škodijo osebju tako na osebni kot tudi na strokovni ravni, saj lahko omaje poklicno identifikacijo, povečuje nezadovoljstvo na delovnem mestu, utrujenost, povzroči nizko moralo, izgubo spoštovanja in zaupanja v strokovno usposobljenost, povečuje možnost napak, znižuje produktivnost, nezaupanje, povzroči depresijo, slabšo koncentracijo, slabša zmožnost presojanja (Šolc, 2001).

Za obvladovanje agresivnih pacientov so vsekakor potrebna določena znanja in spretnosti zaposlenih v zdravstveni negi, med katere spadajo: doslednost v dogovorih, aktivno poslušanje, usmerjanje pozornosti, postavljanje meja, vzdrževanje zaupanja, učenje samodiscipline, izražanje razumevanja, sprejemanje in upoštevanje pričakovanj in različnih možnosti (Horvat, Kostov, 2009 povz. po Bregar, Možgan, 2012, str. 15).

2.5 UPORABA OCENJEVALNIH LESTVIC

Lapanja (2010) omenja, da je delovanje zdravstvenih delavcev v zdravstveni negi usmerjeno v zmanjševanje oz. preprečevanje tistih okoliščin in dejavnikov tveganja, ki

lahko privedejo do pojava agresivnega vedenja. Da bi se pojavnost uporabe fizičnega oviranja zmanjšala, so v uporabi različne lestvice, med katerimi je najbolj znana BVC (Broset violence checklist) lestvica, ki jo je na Norveškem uveljavil avtor Roger Almvik, uporablja pa se za oceno tveganja za nasilno vedenje pri pacientu.

Abderhalden (2008) meni, da je BVC lestvica dobro orodje, saj predstavlja hitro napoved agresivnega vedenja in s tem hitrejšo ustrezno ukrepanje, kar je dokazal v svoji študiji. Lestvica je bila testirana v različnih psihiatričnih ustanovah, najprej na Norveškem in nato še v ZDA, Kanadi, Švici ter na Švedskem. Lestvica se je izkazala za zanesljivo s 95 % specifičnostjo in nad 80 % občutljivostjo. Njena uporaba je enostavna, saj jo lahko uporabimo tudi v času zahtevnejšega sprejema, omogoča nam poenoteno oceno situacije in s tem lažjo komunikacijo o pacientu med osebjem, izmenami in ustanovami.

S pomočjo BVC lestvice se ocenjuje pacienta glede na opisana vedenja ob dogovorjenem času. Oceno je potrebno dokumentirati. Če pri pacientu opazimo vedenje kot je opisano v Tabeli 1, mu podelimo točko, kjer je posamezno vedenje opisano. Največ točk je 6, v primeru odsotnosti vedenja je ocenjeno z 0 točkami. Končna ocena predstavlja vsoto posameznih opazovanih vedenj (Abderhalden, 2008).

Tabela 1: Opis posameznih vedenj

1	ZMEDENOST, NEMIR	Pacient kaže očitne znake zmedenosti, je časovno in/ali krajevno dezorientiran.
2	NAPETOST, RAZDRAŽLJIVOST, KONFLIKTNOST	Pacient je vidno napet, se hitro razjezi, prihaja v konflikte in težko prenaša bližino sopacientov ali osebja.
3	GLASNOST, ZAHTEVNOST	Pacient je v vedenju in izražanju glasen. Glasno govori, tudi zavpije, loputa z vrati in izraža veliko zahtev.
4	VERBALNE GROŽNJE	Pri pacientu pride do verbalnega izbruha/napada, v katerem drugi osebi grozi in/ali jo ustrahuje.
5	FIZIČNE GROŽNJE	Pri pacientu je izražena neposredna fizična grožnja drugi osebi (agresivna drža telesa, dvignjena roka/noga, stisnjena pest, puljenje obleke ...).
6	NASILNOST DO PREDMETOV	Pacient je nasilen do predmetov (predmet vrže po tleh, ga brca, udarja s pestjo po predmetu, uničuje inventar in močno loputa z vrati).

Vir: Lapanja (2010, str. 22).

V Tabeli 1 so opisana posamezna vedenja, ki lahko zaradi agresivnega vedenja privedejo do fizičnega oviranja. Če je vsota opisanih vedenj 0, pomeni, da je tveganje za

agresivno vedenje majhno. Vsota 1 ali 2 pomeni, da je tveganje povečano in so že potrebni preventivni ukrepi, vsota nad 3 pa pomeni, da je tveganje za agresivno vedenje zelo visoko. Tu so že potrebni preventivni ukrepi in individualni načrt za obvladovanje potencialnega vedenja (Lapanja, 2010).

Tabela 2: Preventivni ukrepi oz. intervencije glede na oceno BVC

OCENA BVC	PREVENTIVNI UKREPI/INTERVENCIJE
1 ali 2	<ul style="list-style-type: none"> - opazovanje psihofizičnega stanja pacienta - terapevtski, individualni pogovor - uporaba deeskalacijskih tehnik - diskretni nadzor pacienta
3 do 6	<ul style="list-style-type: none"> - uporaba tehnik preprečevanja in zmanjševanja agresivnosti pri pacientih - usmerjanje v ustrezno vedenje in konstruktivno izražanje jeze - medikamentozni ukrepi - diskreten ali stalen nadzor pacienta - posebni varovalni ukrepi - strokovno ukrepanje v smeri preprečitve poškodb sopacientov in osebja

Vir: Lapanja (2010, str. 23).

V Tabeli 2 so opisani posamezni preventivni ukrepi glede na oceno BVC lestvice, ki se jih izvaja glede na to, koliko točk posamezni pacient prejme.

2.6 ALTERNATIVNE METODE OBVLADOVANJA NASILNEGA PACIENTA

Uporaba PVU, še posebno uporaba pasov, je etična dilema v ZN na področju psihiatrije. Ti ukrepi predstavljajo težavo, saj vplivajo na osebne pravice, povezani so z vprašanji posameznika do samopodobe, vplivajo pa tudi na etične odgovornosti zdravstvenega osebja. Vsak človek ima pravico do življenja, osebne svobode, varnosti in fizične integritete. To velja tudi za paciente. Najbolj pogost razlog za uporabo omejitve gibanja je agresivno vedenje, ki je nevarno tako za pacienta kot tudi za osebje. Omejitev gibanja ali osamitev sta učinkovita ukrepa za zmanjšanje ali odpravljanje agresivnega vedenja pacienta. Predhodne raziskave so pokazale, da je uporaba PVU škodljiva, saj se pacienti lahko poškodujejo, kadar ukrep ni pravilno izveden (Kontio et al., 2010). Demir (2007) opozarja, da fizično omejitev lahko spremlja tveganje za zaplete, ki so nevarna za

pacientovo zdravje. Zato so ti ukrepi v večini držav omejeni z zakonodajo in vrsto priporočil in smernic. Uporabljati pa jih je potrebno kot zadnjo možnost in samo kadar je to nujno potrebno za zaščito pacienta, kar najbolj varno, s spoštovanjem dostojanstva pacienta, v skladu s smernicami (Kontio et al., 2010).

Uporaba PVU pa se je znatno zmanjšala z uporabo alternativnih metod. Stewart je s sodelavci (2010 povz. po Bregar, Možgan, 2012) ugotavljal, katere so najboljše alternativne metode obvladovanja nasilnega in agresivnega vedenja pacienta. Pri tem so bile izpostavljene različne intervencije, med katerimi so bile najbolj uporabljene upoštevanje novih pravil o uporabi PVU, spremembe v sestavi kadrov, kroženje kadra, izobraževanje kadra, obravnava posameznih primerov in vpeljava posebnih timov, ki so se vključevali ob reševanju kriznih trenutkov. Kot alternativo metodo preprečevanja uporabe PVU Kontio in sodelavci (2010) opisujejo uporabo moči in avtoritete v povezavi s položajem zdravnika na oddelku, predlagajo prevladujočo moško sestavo negovalnega tima in povečanje števila osebja. Menijo, da se z nastopom s pozicijo moči in avtoritete lahko umiri agresivnega in nasilnega pacienta.

»Prednosti uporabe alternativnih intervencij so se pokazale tudi v spremenjenem odnosu osebja do pacienta, kulture in atmosfere na oddelkih, kar se kaže v uspešnejši vlogi oddelčnega vodje in boljši komunikaciji v multidisciplinarnem timu« (Stewart et al., 2010 povz. po Bregar et al., 2012, str. 12).

Poznamo še naslednje postopke, ki jih preučimo in uporabimo pred bolj restriktivnimi ukrepi: terapevtski dotik, s katerim pomirimo pacienta, pogovor, vključevanje svojcev, vključitev prostovoljcev, ki so pri pacientu preko dneva; na ta način bolj aktiviramo paciente. Paciente, pri katerih je predpisan poseben varovalni ukrep, namestimo v sobo, ki je bliže sobi osebja, vključimo paciente (Bregar, et al., 2012).

Kontio s sodelavci (2010) v svojem članku med alternativne ukrepe prišteva:

- stalni nadzor: zdravstveno osebje spremlja pacientovo vedenje;
- pogovor: zdravstveno osebje posluša pacienta, ga vzpodbuja k izražanju čustev, strahov;
- odgovornost dajemo pacientu: pomembno je, da slišimo pacientovo mnenje o načinu zdravljenja, pacienta se obravnava kot aktivnega udeleženca;

- zagotavljati aktivnosti: pacienta je potrebno vzpodbujati h gibanju, udeleževanje terapevtskih skupin;
- zamenjava pacientovega okolja;
- moško osebje: uporaba avtoritete.

Pri zagotavljanju varnosti in pomiritve pacienta je pomembno, da se zavedamo, kaj povzročimo pri pacientih z uvedbo PVU, saj lahko povzročijo neželene posledice kot so različne infekcije, poškodbe kože, mišic in kosti, razjede zaradi pritiska, kontrakture, večje možnosti padcev, v najhujših primerih tudi smrt. Zato je pomembno, da se zdravstveno osebje stalno izobražuje na tem področju, saj lahko z znanjem preprečimo marsikateri neželeni dogodek za pacienta (Strout, 2010 povz. po Bregar et al., 2012).

3 EMPIRIČNI DEL

Ker je uporaba PVU v psihiatriji zelo pogosta, smo se v enem od zdravstvenih zavodov odločili raziskati, če imajo zaposleni dovolj znanja in izkušenj za pravilno uporabo le-teh ter če potrebujejo dodatna izobraževanja na tem področju.

3.1 NAMEN IN CILJ RAZISKOVANJA

Prevalenca PVU je najpogostejša v psihiatričnih bolnišnicah, zato smo z izbrano temo diplomske naloge predstavili in analizirali uporabo PVU v teh ustanovah. V diplomskem delu smo analizirali znanje in izkušnje zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije o PVU z namenom, da z ugotovitvami zagotovimo ter po potrebi izboljšamo varnost in kakovost obravnave pacientov, pri katerih je uporabljen PVU, v vsakdanji klinični praksi.

Cilji diplomskega dela so:

Cilj 1: Ugotoviti, katere so alternativne metode zmanjševanja uporabe PVU.

Cilj 2: Ugotoviti, katere etične dileme se pojavljajo ob uporabi PVU.

Cilj 3: Opisati aktivnosti zdravstvene nege, ki jih je potrebno izvajati v času PVU.

Cilj 4: Ugotoviti potrebo zaposlenih po dodatnem izobraževanju in usposabljanju PVU.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregleda domače in tuje strokovne literature in zastavljenih ciljev diplomskega dela smo postavili naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kateri alternativni ukrepi pomagajo zmanjšati ali preprečiti uporabo PVU?
2. V kolikšni meri preprečujemo uporabo PVU z uporabo ocenjevalnih lestvic prepoznavanja agresivnega pacienta ?
3. Kakšne so razlike v etičnih dilemah ter alternativnih ukrepih pri izvedbi PVU glede na izobrazbo zaposlenih v psihiatrični zdravstveni negi?

4. Kakšno mnenje imajo zaposleni o dodatnem izobraževanju iz uporabe PVU?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava je temeljila na neeksperimentalni kvantitativni raziskovalni metodologiji, ki vključuje nivo opisnega razlaganja oziroma iskanja odgovorov na vprašanja s pomočjo vprašalnika.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

V teoretičnem delu smo uporabili deskriptivno metodo pregleda strokovne domače in tuje literature, strokovnih člankov, zbornikov in internetnih virov glede na obravnavano temo. Raziskava je temeljila na metodi kvantitativnega raziskovanja. Uporabili smo metodo anketiranja. Literaturo smo iskali v podatkovnih bazah: CINAHL, PubMed, COBISS, uporabili smo tudi znanstvene in strokovne članke na konferencah z recenzijo, monografske publikacije ter druga zaključna dela in elektronske dokumente. Literaturo smo našli tudi preko svetovnega spleta – interneta, preko iskalnikov Google in Yahoo. Pri iskanju literature preko svetovnega spleta smo dosledno upoštevali kriterije verodostojnosti vira in avtorja. Pri iskanju literature smo uporabili ključne besede v slovenskem in angleškem jeziku: posebni varovalni ukrepi/special protections, fizično zadrževanje/physical restraint, fiksacija pacienta/fixation patient, psihiatrična zdravstvena nega/psychiatric nursing, duševne bolezni/mental illness, agresivnost/aggression, medicinske sestre/nurses, etične dileme/ethical dilemmas.

3.3.2 Opis merskega inštrumenta

Za izvedbo raziskave smo podatke zbirali s tehniko anketiranja v obliki strukturiranega vprašalnika. V prvem delu smo anketirance spraševali po demografskih podatkih, kot so spol, starost, delovno mesto in oddelek, v katerem so zaposleni na psihiatriji. Drugi del vprašalnika je bil sestavljen iz več sklopov vprašanj, ki so nastala na podlagi predelane literature (Bregar, Možgan, 2012; Lapanja, 2010; Kontio, 2010). Vprašalnik je vseboval 8 vprašanj zaprtega tipa in 1 vprašanje odprtega tipa, ter 2 Likartovi lestvici, kjer so anketiranci trditve ocenili z ocenami od ena do pet. Ocena 1 pomeni povsem se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – ne vem, 4 – se strinjam in 5 – zelo se strinjam. Pri vprašanjih zaprtega tipa nas je zanimalo, ali so zaposleni seznanjeni z lestvicami

ocenjevanja tveganja za agresivno vedenje ter če lestvice uporabljajo na oddelkih pri vsakdanji praksi. V drugem sklopu vprašanj smo ugotavljali poznavanje izvajanja PVU, etične dileme, poznavanja alternativnih metod preprečevanja PVU in poznavanje PVU med zaposlenimi. V Tabeli 3 je predstavljena zanesljivost oblikovanih vprašanj, ki je bila preverjena s pomočjo koeficienta Cronbach α (alfa). Koeficient je bil izračunan za vsak sklop vprašanj posebej, koeficienti Cronbach α so se nahajali med 0,6 in 0,7, kar po literaturi predstavlja še spremenljivo stopnjo zanesljivosti inštrumenta na uporabljenem vzorcu za družboslovno raziskovanje (Nannally, Bernstein, 1994).

Tabela 3: Zanesljivost instrumenta na uporabljenem vzorcu po sklopih

Sklop	n	Cronbach α
Kateri ukrepi spadajo med uporabo PVU?	6	0,6
Etične dileme, ki se najpogosteje uporabljajo pri izvedbi PVU.	6	0,6
Alternativni ukrepi, ki bi zmanjšali oz. preprečili uporabo PVU.	8	0,7

Legenda: n= število trditev po sklopih

3.3.3 Opis vzorca

Izbor vzorca merjencev je bil izbran neslučajnostno – priložnostno. Vzorčenje je bilo izvedeno v maju in juniju leta 2013 v eni zdravstveni organizaciji, na oddelkih pod posebnim nadzorom, kjer smo vsem zaposlenim v psihiatrični zdravstveni negi nad oddelku pod posebnim nadzorom (n=55) razdelili vprašalnike. Vrnjenih je bilo 46 vprašalnikov od katerih smo jih uporabili 40, kar predstavlja 86% realizacijo vzorca. Anketiranci so bili seznanjeni z namenom in ciljem raziskave, njihovi odgovori so uporabljeni le v namen tega diplomskega dela. Anketo je izpolnilo 11 moških, kar predstavlja 27,5 % vseh anketirancev, in 29 žensk, kar predstavlja 72,5 % vseh anketirancev. Glede na izobrazbo je sodelovalo 21 diplomiranih medicinskih sester in 19 anketirancev s srednjo izobrazbo, kar predstavlja 47,5 % vseh anketiranih. Povprečna starost anketirancev je bila 32,9 let.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Vprašalnike – soglasje zavoda za raziskovanje v okviru diplomskega dela – smo posredovali odgovorni osebi za zdravstveno nego in oskrbo Psihiatrične klinike

Ljubljana, ki je dala dovoljenje za izvedbo raziskave. Vprašalniki so se zbrali pri glavni medicinski sestri, ki nam jih je posredovala. Podatke iz anket smo prenesli v program SPSS in tako dobili rezultate. Podatki, pridobljeni na podlagi vprašalnika, so bili kvantitativno obdelani s pomočjo računalniških programov Microsoft Office Excel 2007 in SPSS. Primerjava med izobrazbo pri etičnih dilemah in alternativnih ukrepih je bila analizirana s t-testom za neodvisne vzorce. Vprašanja odprtega tipa so bila analizirana s kvalitativno analizo besedil: kodiranja in kategoriziranja. Starost anketirancev je bila predstavljena na podlagi povprečne vrednosti in standardnega odklona. Razlaga raziskovalnih vprašanj je bila narejena na podlagi frekvenčne in odstotkovne porazdelitve. Podatke smo prikazali tabelarično, izračunali smo frekvence in odstotke posameznih odgovorov, obdelali smo jih s pomočjo statističnega računalniškega programa SPSS verzija 18.0. Pri dveh vprašanjih nas je pri odgovorih zanimala razlika med stopnjami izobrazbe, ki smo jih ugotavljali s t-testom.

3.4 REZULTATI

Na vprašanje, ali za oceno tveganja za agresivno vedenje uporabljajo v zato namenjene ocenjevalne lestvice je 33 anketirancev, kar pomeni 82,5 % vprašanih, odgovorilo vedno, 4 (10,0 %) redko, 1 (3,3 %) nikoli, 2 (5 %) pa sta odgovorila, da ne poznata teh lestvic (Tabela 4).

Tabela 4: Frekvenčna in odstotna porazdelitev anketirancev glede uporabe ocenjevalnih lestvic (BVC – lestvica)

Ali za oceno tveganja za agresivno vedenje uporabljate za to namenjene ocenjevalne lestvice?		
	Frekvenca	Odstotek (%)
vedno	33	82,5
redko	4	10
nikoli	1	2,5
ne poznam teh lestvic	2	5

22 (55 %) anketirancev meni, da se ob uporabi ocenjevalnih lestvic preprečuje oziroma zmanjšuje uporaba PVU, 18 (45 %) jih meni, da se uporaba ne zmanjšuje (Tabela 5).

Tabela 5: Frekvenčna in odstotna porazdelitev anketirancev glede zmanjševanja uporabe PVU

Ali menite, da se ob uporabi ocenjevalnih lestvic preprečuje oziroma zmanjšuje uporaba posebnih varovalnih ukrepov (PVU)?		
	Frekvenca	Odstotek (%)
da	22	55
ne	18	45

Vsi anketiranci 39 (97,5 %) so seznanjeni s smernicami za uporabo PVU, razen 1 (2,5 %), ki s tem ni seznanjen, kar prikazuje spodnja tabela (Tabela 6).

Tabela 6: Frekvenčna in odstotna porazdelitev anketirancev o seznanitvi s protokolom uporabe PVU

Ali ste seznanjeni s protokolom ali smernicami za uporabo posebnih varovalnih ukrepov?		
	Frekvenca	Odstotek (%)
da	39	97,5
ne	1	2,5

Vseh 40 anketirancev (100 %) meni, da telesno oviranje s pasovi spada med uporabo PVU – tako lahko sklepamo, da je ta ukrep tudi največkrat uporabljen (Tabela 7), 27 anketirancev (67,5 %) meni, da izolacijska soba spada med PVU, 11 (27,5 %) jih je podalo odgovor ne, 1 (2,5 %) anketiranec ne ve. Stalni nadzor kar 39 (97,5 %) anketirancev uvršča med PVU, 1 (2,5 %) meni, da tja ne spada. 29 (72,5 %) anketirancev meni, da diskretni nadzor spada med uporabo PVU, 11 (27,5 %) anketirancev ga ne uvršča med PVU. 16 (40 %) jih meni, da uporaba zdravil spada med uporabo PVU, medtem ko 23 (57,5 %) anketirancev pravi, da to ne sodi med navedene ukrepe. Stalen nadzor gibanja v 37 (92,5 %) primerih spada v PVU, le 3 (7,5 %) anketiranci menijo, da ne.

Tabela 7: Frekvenčna in odstotna porazdelitev anketirancev o ukrepih, ki spadajo med uporabo PVU

Ali spodaj naštetih ukrepov spadajo med uporabo posebnih varovalnih ukrepov?			
	Odgovor	Število (n)	Odstotek (%)
Telesno oviranje s pasovi	Da	40	100
	Ne	0	0
Izolacijska soba	Da	27	67,5
	Ne	11	27,5
	Ne vem	1	2,5
Stalni nadzor	Da	39	97,5
	Ne	1	2,5
Diskretni nadzor	Da	29	72,5
	Ne	11	27,5
Uporaba zdravil	Da	16	40
	Ne	23	57,5
Stalen nadzor v gibanju	Da	37	92,5
	Ne	3	7,5

Legenda: n = št. anketirancev

Pri vprašanju etičnih dilem (Tabela 8) so morali anketiranci označiti stopnjo strinjanja pred vsakim dogodkom posebej (od 1 do 5, pri čemer 1 pomeni povsem se ne strinjam in 5 zelo se strinjam). Največ anketirancev se je strinjalo s trditvijo, da je fizično omejevanje res potrebno (PV = 3,65) ter z etično dilemo poškodovanja pacienta pri izvajanju PVU (PV = 3,65). Takoj za tem so izpostavili poseg v pacientovo integriteto (PV = 3,45), najmanj pa so se strinjali s trditvijo kršitve načela avtonomije (PV = 3,25) in kdaj dati zdravilo, ki ga ima pacient predpisanega po potrebi (PV = 2,55).

Tabela 8: Katere etične dileme se najpogosteje pojavljajo pri izvedbi PVU?

	Število (n)	Mini	Maxi	PV	SO
Kršitev načela avtonomije	40	1,00	5,00	3,25	0,95
Ali je fizično omejevanje res potrebno?	40	1,00	5,00	3,65	1,05
Kdaj in kateri PVU uporabiti?	40	1,00	5,00	2,50	1,04
Poseg v pacientovo integriteto	40	2,00	5,00	3,45	1,15
Poškodovanje pacienta	40	2,00	5,00	3,65	1,17
Kdaj dati zdravilo, ki ga ima pacient predpisanega po potrebi?	40	1,00	4,00	2,55	1,11

Legenda: Mini = najnižja vrednost; Maxi = najvišja vrednost; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Tabela 9 prikazuje primerjavo trditev o etičnih dilemah po izobrazbi, pri kateri ne prihaja do razlik v etičnih dilemah pri izvedbi PVU. Do največje razlike prihaja le pri etični dilemi "Ali je fizično omejevanje res potrebno?", kjer se zdravstveni tehniki (ZT) bolj strinjajo (PV = 4,00) s to dilemo, kot diplomirane medicinske sestre (dipl. m. s.) (PV = 3,33). To je statistično pomembna razlika na ravni 5 % tveganja ($p > 0,004$).

Tabela 9: Primerjava trditev o etičnih dilemah pri izvedbi PVU med dvema izobrazbenima skupinama, po povprečjih strinjanja

	Delovno mesto				t	p
	TZN n = 19		Dipl. m. s. n = 21			
	PV	SO	PV	SO		
Kršitev načela avtonomije	3,32	0,95	3,19	1,98	0,41	0,68
Ali je fizično omejevanje res potrebno	4,00	0,88	3,33	1,11	2,09	0,04
Kdaj in kateri PVU uporabiti	2,74	1,15	2,29	0,90	1,39	0,17
Poseg v pacientovo integriteto	3,37	1,12	3,52	1,21	- 0,42	0,68
Poškodovanje pacienta	3,79	1,08	3,25	1,25	0,71	0,48
Kdaj dati zdravlilo, ki ga ima pacient predpisanega	2,53	1,17	2,57	1,08	- 0,13	0,90

Legenda: PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = T-test; p = p vrednost, TZN = tehnik zdravstvene nege, DMS = diplomirana medicinska sestra

Pri vprašanju *s katerimi alternativnimi ukrepi bi zmanjšali oziroma preprečili uporabo PVU* (Tabela 10) se je največ anketirancev strinjalo s trditvijo o izobraževanju negovalnega kadra o različnih tehnikah preprečevanja in zmanjševanja agresivnosti pri pacientih (PV = 4,60), nato sledi sprememba kadrovskega razmerja med pacienti in negovalnem osebjem (PV = 4,25), izpostavili so tudi uporabo terapevtske komunikacije (PV= 4,33), najmanj so se strinjali s trditvijo o uporabi lestvic za prepoznavo agresivnega pacienta (PV = 3,70) in s trditvijo o glasbeni sobi (PV = 3,23).

Tabela 10: S katerimi alternativnimi ukrepi bi zmanjšali oziroma preprečili uporabo PVU?

	Število (n)	Mini	Maxi	PV	SO
Uporaba terapevtske komunikacije	40	2,00	5,00	4,33	0,89
Upoštevanje standardov/ smernic o uporabi PVU	40	2,00	5,00	4,03	0,97
Spremembe v sestavi kadrov	40	1,00	5,00	3,78	1,37
Uporaba lestvic za prepoznavo agresivnega pacienta	40	1,00	5,00	3,70	1,04
Več kadra moškega spola	40	1,00	5,00	3,75	1,06
Glasbena soba	40	1,00	5,00	3,23	1,48
Sprememba kadrovskega razmerja med pacienti in negovalnim osebjem	40	1,00	5,00	4,25	1,08
Izobraževanje negovalnega kadra o različnih tehnikah preprečevanja in zmanjševanja agresivnosti pri pacientih	40	2,00	5,00	4,60	0,71

Legenda: Mini = najnižja vrednost; Maxi = najvišja vrednost; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Zanimalo nas je, ali prihaja do statistično pomembnih razlik v odgovorih o alternativnih ukrepih, če primerjamo odgovore, ki so jih podali ZT in dipl. m. s. Do statistično pomembnih razlik prihaja le pri trditvi »Izobraževanje kadra o različnih tehnikah preprečevanja in zmanjševanja agresivnosti pri pacientih« ($p = 0,05$) (Tabela 11). S tem, da bi izobraževali negovalni kader o različnih tehnikah pomiritve pacienta se bolj strinjajo dipl. m. s. (PV = 4,81 SO = 0,4) kot pa ZT (PV = 3,37 SO = 0,90) ($p = 0,017$). Pri vseh ostalih alternativnih ukrepih, ne prihaja do razlik med izobrazbama (Tabela 11).

Tabela 11: Primerjava predlaganih alternativnih ukrepov za zmanjšanje oziroma preprečitev uporabe PVU po izobrazbi, glede na povprečje odgovorov

	Delovno mesto				t	p
	TZN n = 19		DMS n = 21			
	PV	SO	PV	SO		
Uporaba terapevtske komunikacije	4,16	1,01	4,48	0,75	- 1,14	0,26
Upoštevanje standardov/smernic o uporabi PVU	3,74	1,05	4,29	0,85	- 1,83	0,07
Spremembe v sestavi kadrov	4,11	1,15	3,48	1,50	1,47	0,15
Uporaba lestvic za prepoznavo agresivnega pacienta	3,47	0,96	3,90	1,09	- 1,32	0,20
Več moškega kadra	3,89	0,99	3,62	1,12	0,83	0,41
Glasbena soba	3,16	1,38	3,29	1,59	- 0,27	0,79
Sprememba kadrovskega razmerja med pacienti in negovalnem osebju	4,26	0,87	4,24	1,26	0,07	0,94
Izobraževanje negovalnega kadra o različnih tehnikah preprečevanja in zmanjševanja agresivnosti pri pacientih	4,37	0,90	4,81	0,40	- 2,04	0,05

Legenda: TZN = tehnik zdravstvene nege; DMS = diplomirana medicinska sestra; t = T-test; p = p vrednost

Pri vprašanju o pripomočkih 39 (97,5 %) anketirancev uporablja standardizirane pripomočke pri izvedbi PVU, 1 (2,5 %) jih ne uporablja (Tabela 12).

Tabela 12: Frekvenčna in odstotna porazdelitev anketirancev pri uporabi standardiziranih pripomočkov

Ali uporabljate standardizirane pripomočke pri izvedbi PVU?		
	Frekvenca	Odstotek (%)
da	39	97,5
ne	1	2,5
Skupaj	40	100,0

Pri vprašanju o izobraževanju o pravilni uporabi PVU je 30 (75 %) anketirancev odgovorilo, da imajo vsaj eno izobraževanje letno, 10 (25 %) jih pravi, da nimajo vsakoletnega izobraževanja (Tabela 13).

Tabela 13: Frekvenčna in odstotna porazdelitev anketirancev o izobraževanju PVU

Ali imate vsaj eno izobraževanje o uporabi PVU vsako leto?		
	Število (n)	Odstotek (%)
da	30	75
ne	10	25

30 (75 %) anketirancev meni, da bi potrebovali dodatna izobraževanja o pravilni uporabi PVU (Tabela 14), 10 (25 %) jih meni, da dodatnih izobraževanj ne potrebujejo. Anketiranci, ki so obkrožili odgovor DA, so izpostavili izobraževanja predvsem v obliki predavanj, različnih delavnic, tečajev samoobrambe ter o vajah ter o tehnikah preprečevanja in zmanjševanja agresivnosti pri pacientu..

Tabela 14: Frekvenčna in odstotna porazdelitev mnenja anketirancev o dodatnem izobraževanju

Ali menite, da potrebujete dodatna izobraževanja o izvedbi PVU?		
	Število (n)	Odstotek (%)
da	30	75
ne	10	25

Pri vprašanju o izvedbi PVU je 35 (87,5 %) anketirancev odgovorilo, da jim izvedba PVU predstavlja neugodje, 5 (12,5 %) anketirancev pa s tem nima težav. Najbolj so izpostavili stres (46,5 %), nato težko fizično obremenitev (26,8 %), premalo oziroma pomanjkanje izkušenj (14,1 %), najmanj pa zaradi strahu (12,7 %) (Tabela 15).

Tabela 15: Frekvenčna in odstotna porazdelitev anketirancev o občutkih izvedbe PVU

Ali vam izvedba PVU pri pacientih predstavlja neugodje oziroma skrb?		
	Število (n)	Odstotek (%)
da	35	87,5
ne	5	12,5

Na vprašanje odprtega tipa, kjer nas je zanimalo, kaj bi bilo po mnenju anketirancev potrebno narediti, da do PVU ne bi prišlo oz. bi se uporaba navedenih ukrepov zmanjšala, so anketiranci izpostavili predvsem varno fizično omejevanje pacienta, izobraževanja o uporabi različnih tehnik obvladovanja pacienta, dodatne informacije in nadgraditev znanja ter sodelovanje s svojci.

Glede na prvo raziskovalno vprašanje, ki smo si ga zastavili v diplomskem delu nam tabela 10 kaže, da izobraževanje zaposlenih o različnih tehnikah preprečevanja in zmanjševanja agresivnosti pri pacientih, sprememba kadrovskega razmerja med pacienti in negovalnem osebju ter uporaba terapevtske komunikacije pomaga zmanjšati ali preprečiti uporabo PVU. Odgovor na drugo raziskovalno vprašanje nam daje Tabela 5, kjer 22 (55%) anketirancev meni, da z uporabo ocenjevalnih lestvic zmanjšujemo uporabo PVU. Razlike med odgovori zaposlenih po izobrazbi nam kažeta Tabela 9 (Primerjava trditvev o etičnih dilemah pri izvedbi PVU po izobrazbi, po povprečjih strinjanja), kjer se zdravstveni tehniki (ZT) bolj strinjajo s trditvijo potrebnega fizičnega omejevanja kot diplomirane medicinske sestre (dipl. m. s.). in tabela 11 (Primerjava predlaganih alternativnih ukrepov za zmanjšanje oziroma preprečitev uporabe PVU po izobrazbi, glede na povprečje odgovorov), kjer se dipl. m. s. bolj strinjajo s trditvijo izobraževanja negovalnega kadra o različnih tehnikah pomiritve pacienta kot ZT. Glede na četrto raziskovalno vprašanje kar 75% anketirancev meni, da bi potrebovali dodatna izobraževanja o PVU.

3.5 RAZPRAVA

PVU sodijo med ukrepe, pri katerih se pacientu omejuje pravica do svobodnega gibanja in odločanja o samem sebi. Uporablja se za omogočanje zdravljenja ter pri obvladovanju nevarnega vedenja pacienta, zaradi katerega lahko prihaja tudi do poškodb (Bregar, Možgan, 2012). V diplomskem delu smo s pomočjo domače in tuje literature ter z raziskavo skušali predstaviti alternativne metode za zmanjševanje uporabe PVU, etične dileme, ki se pojavljajo pri uporabi ukrepov, ter uporabo ocenjevalnih lestvic, ki se uporabljajo za obvladovanje agresivnega pacienta.

Kontio in sodelavci (2010) trdijo, da morajo biti PVU omejeni z zakonodajo in vrsto priporočil ter smernic, uporabljati pa jih moramo kot zadnjo možnost, kadar je to nujno potrebno za zaščito pacienta.

V raziskavi, ki so jo izvedli Kontio ter njegovi sodelavci (2010) v šestih evropskih državah, so ugotavljali, kaj se dejansko zgodi ob agresivnem vedenju in katere alternativne metode se uporabljajo v praksi. Ugotovili so, da morajo biti v primeru agresivnega pacienta odločitve zaposlenih v zdravstveni negi hitre in odločne, ker časa za razpravo oziroma posvetovanje s člani tima ni, saj je lahko v nevarnosti tako pacient kot tudi zdravstveno osebje. Ugotovili so, da medicinske sestre o svojih odločitvah razmišljajo ter se sprašujejo, če so naredile dovolj, sprašujejo pa se tudi o alternativnih metodah, ki bi jih lahko še uporabile, da bi preprečile uporabo PVU. Pri tem so izpostavile predvsem pogovor, stalni nadzor pacienta, zagotavljanje aktivnosti, zamenjavo pacientovega okolja, več moškega kadra. Stewart je s sodelavci (2010, povz. po Bregar, Možgan 2012) izpostavil kot alternativne metode različne intervencije, kot so upoštevanje smernic, spremembe v sestavi kadrov, kroženje kadra. V naši raziskavi so anketiranci izpostavili kot alternativno metodo različne tehnike preprečevanja in zmanjševanja agresivnosti pri pacientih, spremembo kadrovskega razmerja med pacienti in negovalnem osebju ter uporabo terapevtske komunikacije. Do statistično pomembnih razlik pri izbiri alternativnih metod prihaja pri trditvi »Izobraževanje kadra o različnih tehnikah preprečevanja in zmanjševanja agresivnosti pri pacientih kjer se dipl. m. s. bolj strinjajo s to trditvijo kot pa ZT, saj menijo, da bi s tem zmanjšali ali preprečili uporabo PVU pri pacientih.

PVU so tudi v središču etičnih dilem, saj so z njihovo uporabo lahko kršene človekove pravice. Zdravstveni delavci se v psihiatrični zdravstveni negi pogosto srečujejo s številnimi etičnimi dilemami, to pa vodi v težko rešljive situacije (Tschudin, 2004). Avtorici Kogovšek in Škerbinek (2002) menita, da je ena izmed dilem, s katero se zaposleni v psihiatriji soočajo, zdravstvena nega nasilnega pacienta, fizično oviranje in aplikacija medikamentozne terapije brez privolitve pacienta. Anketiranci v naši raziskavi so se najbolj strinjali v odgovoru na vprašanje: ali je fizično omejevanje res potrebno. Nato so izpostavili še, da so ti ukrepi poseg v pacientovo integriteto. Zanimivo je, da se anketiranci najmanj strinjajo s trditvijo, da kršitev načela avtonomije spada med pogostejše etične dileme, saj se večina avtorjev člankov (Horsburg, 2003,

povz. po Naka 2012) strinja, da gre pri izvedbi fizičnega oviranja predvsem za kršitev tega načela, ki je načelo prvega reda in bi moralo imeti prednost pred drugimi načeli. Potreben je tehten premislek, ali je to res edina možnost, ki zagotavlja varnost in ali odločitev temelji na načelu dobronamernosti in v korist pacienta (Naka, 2012).

V praksi zdravstvene nege predstavlja agresivnost pacienta s težavami v duševnem zdravju urgentno stanje, ki mora biti podprto z izkušnjami v klinični praksi, potekati mora usklajeno in delovanje v smeri preprečevanja agresivnega vedenja in njegovih posledic mora biti pravočasno (Lapanja, 2010). Groleger (2010) meni, da dovolj zgodnje prepoznavanje tveganja za agresivno vedenje in posledično ustrezno ukrepanje preprečujeta kasnejše zaplete, med katere lahko sodijo tudi poškodbe pacienta in osebja. Uporaba lestvic, s pomočjo katerih ocenimo tveganje za agresivno vedenje, ima na področju psihiatrične zdravstvene nege velik pomen. Pomembno je, da so lestvice v klinični praksi uporabne, enostavne za uporabo, hitre in z dobro napovedno vrednostjo. V raziskavi, ki so jo izvedli v Psihiatrični kliniki Ljubljana leta 2012, so ugotovili, da je bila s pomočjo ocenjevalnih lestvic pravočasno zaznava in z ustreznim ukrepanjem ob nastopu agresivnega vedenja preprečena vsaj polovica neželenih dogodkov (Lapanja, 2012). V naši raziskavi večina anketirancev uporablja ocenjevalne lestvice, vendar jih 45 % meni, da se z uporabo lestvic ne zmanjšuje uporaba PVU.

PVU pa ne predstavlja neugodja samo pri pacientih, ampak tudi pri osebju, saj anketiranci pravijo, da jim izvedba PVU predstavlja neugodje, pri tem pa so izpostavili predvsem stres in težko fizično obremenitev. V raziskavi (Bregar, Novak, Peterka, 2011), ki so jo izvedli v šestih psihiatričnih ustanovah, so ugotovili, da kot stresna dejavnika udeleženci zaznavajo heteroagresijo in avtoagresijo, PVU nasilnega pacienta, sprejem pacienta proti volji in napetost na delovnem mestu. Lapanja (2010) kot potencialne vzroke stresa pri medicinskih sestrah v zdravstveni negi navaja specifične obremenitve kot so heteroagresija, avtoagresija in delovanje proti volji pacienta. Novakova (2004) meni, da je stres poseben fizični, psihični ali vedenjski pojav, ki ima lahko pozitiven ali negativen učinek na ljudi. Ko se količina prisotnega stresa poveča, lahko postane stres močno obremenjujoč in ima posledično lahko negativen vpliv na zdravje.

V raziskavi se je izkazalo, da anketiranci želijo več znanja na področju PVU. Pri odprtem vprašanju, kjer smo spraševali *kaj bi bilo potrebno še storiti, da do PVU ne bi*

prišlo oziroma, da bi se njihova uporaba zmanjšala so anketiranci izpostavili predvsem varno fizično omejevanje pacienta, izobraževanja o uporabi različnih tehnik obvladovanja pacienta, dodatne informacije in nadgraditev znanja. Avtorja Pavšič Mrevlje, Umek (2013) sta v svoji raziskavi ugotovila, da zaposleni v psihiatrični zdravstveni negi potrebujejo več usposabljanja s področja samoobrambe, dodatne kompetentne (predvsem moške) sodelavce, treninge komunikacije in boljše sodelovanje znotraj kolektiva.

Na koncu moramo (kot eno izmed pomembnih omejitev raziskave) izpostaviti majhnost vzorca, saj je vzorec manjši, kot smo načrtovali. Raziskavo smo želeli izvesti v dveh bolnišnicah – v Psihiatrični bolnišnici Begunje in Psihiatrični kliniki Ljubljana. Prošnjo za izvedbo raziskave so zaradi prepričanja o neustreznosti anket v Begunjah zavrnili. V kliniki smo ankete razdelili po oddelkih, kjer se uporaba PVU največkrat izvaja, saj smo želeli ugotoviti, kakšno je znanje zaposlenih. Naslednja omejitev, ki jo moramo omeniti je nizka zanesljivost instrumenta Med vrnjenimi anketami so bile tudi takšne, ki jih nismo mogli upoštevati zaradi neustrezne ali neprimerne vsebine.

4 ZAKLJUČEK

PVU so ukrepi, ki bi jih morali izvajati, ko bi bilo to res nujno potrebno in kot zadnji izhod, ko res nič drugega ne pomaga. Pred tem bi morali uporabljati ocenjevalne lestvice za agresivno vedenje ter preizkusiti čim več alternativnih metod, ki bi preprečile uporabo ukrepov. Predvsem pa bilo potrebno, da bi si zaposleni vzeli več časa za pacienta, mu poizkušali prisluhniti, saj včasih pomaga že, če nekoga samo poslušamo.

Pri spoštovanju človekovega dostojanstva nam pomaga tudi Zakon o duševnem zdravju, v katerem je jasno razloženo, kaj spada med PVU, kdaj jih smemo uporabljati, kdo jih lahko uvede, kako dolgo trajajo. Napisana so tudi Priporočila in smernice za uporabo PVU, s katerimi morajo biti seznanjeni vsi zaposleni, ki delajo na tem področju. Le s stalnim izobraževanjem in nadgrajevanjem znanja bomo lahko pomagali pacientom ter pravilno ukrepali ob nasilnem vedenju.

V Sloveniji je potrebno narediti več raziskav na temo PVU, predvsem bi moral biti poudarek na etičnih dilemah ter na alternativnih ukrepih, ki bi preprečili uporabo teh ukrepov.

5 LITERATURA

Abderhalden C. The systematic assessment of the short – term risk for patient violence on acute psychiatric wards. *Brit J Psychiat*. 2008;193(1):91-103.

Balažič I. Vloga medicinske sestre pri obravnavi pacienta z agresivnim vedenjem. *Utrip* 2010;10:28-9.

Bregar B, Kadivec S, Kramar Z, Marinšek N, Naka S. Protokol fizičnega oviranja s pasovi pacientov v bolnišnici. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2012: 1-17; v tisku.

Bregar B, Možgan B. Posebni varovalni ukrepi- primerjava s tujino. In: Bregar B, Peterka Novak J, eds. Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi; zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 11. april 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2012: 13-21.

Bregar B, Peterka Novak J, Možgan B. Doživljanje stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije. *Obzor Zdr N*. 2011;45(4):253-62.

Čuček Trifkovič K, Pišlar M. Osnove zdravstvene nege v psihiatriji. In: Kores Plesničar B, ed. Duševno zdravje in zdravstvena nega. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstveno vede; 2011: 14-6.

Davison SE. The management of violence in general psychiatry. *Adv Psychiatr Treat* 2005;11:362-70. Dostopno na: <http://apt.rcpsych.org/cgi/reprint/11/5/362.pdf> (15. 5. 2013).

Dekleva L. Področje in proces delovne terapije pri obravnavi oseb z duševno motnjo. In: Pregelj P, Kobentar R eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Založba Rokus Klett; 2009: 382-6.

Demir A. Nurses' Use of Physical Restraints in four Turkish hospitals. *J Nurs Scholars*. 2007;39(1):38-45. Dostopno na:

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=32745ea6-4046-47bd-a991-60ae592b64ea%40sessionmgr4002&vid=6&hid=4207> (20. 12. 2012).

Dernovšek MZ, Novak - Grubič V. Priporočila in smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji. Ljubljana: Viceversa, Slovenske psihiatrične publikacije; 2001: 4-12.

Fergola B. Sprejem proti volji pri bolniku z duševno motnjo: [diplomsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2007.

Gnezda S. Zgodovina psihiatrične zdravstvene nege. In: Pregelj P, Kobenter R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Založba Rokus Klett; 2009: 14-8.

Gradič A. Fiksacija bolnika: pravno- etični problem. In: Kvas A, ed. Pravno-etične dileme – izziv za profesijo zdravstvene nege: zbornik predavanj, Velenje, 13. november 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2009: 89-96.

Groleger U. Agresivnost. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Založba Rokus Klett; 2009: 288-94.

Janelli LM, Stamps D, Delles L. Physical Restraint Use: A Nursing Perspective. Medsurg Nurs. 2006;15(3):163-7.

Dostopno na: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=32745ea6-4046-47bd-a991-60ae592b64ea%40sessionmgr4002&vid=9&hid=4207> (22. 12. 2012).

Kadivec S. Zagotavljanje etičnih načel dobronamernost in neškodljivost v zdravstvenih ustanovah. Obzor Zdr N. 2004;38:211-7.

Klemenc D. Medicinska sestra – zagovornica pacientovih pravic, tudi pravice do avtonomije. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J, eds. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003: 249-63.

Kobal M. Psihopatologija za varnostno in pravno podlago. Maribor: Fakulteta za varnostne vede; 2007: 21-62.

Kogovšek B, Škerbinek L. Zdravstvena nega bolnika z duševnimi motnjami. Ljubljana: Tehniška založba Slovenije; 2002: 19-21.

Kontio R, Valimaki M, Putkonen H, Kuosmanen L, Scott A, Joffe G. Patient restrictions: Are there ethical alternatives to seclusion and restraint? Nurs Ethics. 2010;17(1):65-76.

Dostopno na:
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=32745ea6-4046-47bd-a991-60ae592b64ea%40sessionmgr4002&hid=4207> (22. 12. 2012).

Kusić Z. Posebni varovalni ukrepi v psihiatrični zdravstveni negi. In: Petkovšek Gregorin R, ed. Varnost in rehabilitacijska zdravstvena nega: zbornik predavanj, Ljubljana, 15. april 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2010: 40-50.

Lapanja A. Uporabnost ocenjevalnih lestvic za agresivno vedenje. In: Bregar B, Peterka Novak J, eds. Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi; zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 11. april 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2012: 33-8.

Lapanja A. Zdravstvena nega agresivnega pacienta. In: Petkovšek Gregorin R, ed. Varnost in rehabilitacijska zdravstvena nega: zbornik predavanj, Ljubljana, 15. april 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2010: 18-27.

Marušič A, Temnik S. Javno duševno zdravje. Celje: Celjska Mohorjeva družba; 2009.

Moosa MYH, Jeenah FY. The use of restraints in psychiatric patients, SAJP. University of the Witwatersrand, Johannesburg; 2009;15(3):72-5. Dostopno na <http://www.ajol.info/index.php/sajpsyc/article/viewFile/50432/39115> (15. 6. 2014).

Možgan B. Posebni varovalni ukrepi. In: Pregelj P, Kobentar R, eds. Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Založba Rokus Klett; 2009: 439-43.

Naka S. Uporaba fizičnega oviranja na oddelku splošne bolnišnice. In: Bregar B, Peterka Novak J, eds. Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi; zbornik predavanj z recenzijo, Ljubljana, 11. april 2012. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2012: 29-32.

Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. 3 rd ed. New York: McGraw – Hill; 1994.

Novak N. Stres pri delu zdravnikov [magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta; 2004.

Pavšič Mrevlje T, Umek P. Občutek varnosti v psihiatričnih. Varstvoslovje. 2013;4(Suppl 2):431-3.

Robar A. Zdravstvena nega agresivnega pacienta. In: Kores Plesničar B, ed. Duševno zdravje in zdravstvena nega. Maribor: Fakulteta za zdravstvene nege; 2011: 43-7.

Šemrl S. Moralno etični vidik fiksacije pacientov. In: Kramar Z, Skela Savič B, Hvalič Touzery, eds. Varnost-rdeča nit celostne obravnave pacientov: zbornik prispevkov, Gozd Martuljek, 7. - 8. april 2011. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2011.

Šolc S. Agresija in nasilje. Utrip. 2001;(9):32-35.

Tschudin V. Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi. Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Ljubljana: Educy; 2004: 37- 8.

Videčnik I. Varnost v psihiatriji. In: Čuk V, ed. Kakovost in varnost v psihiatrični zdravstveni negi; zbornik prispevkov, Vojnik 8. junij 2007. Idrija: Zbornica zdravstvene

in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2007.

Zemljič A. Zagotavljanje varnosti z fizično omejitvijo pacienta. In: Bregar B, ed. Varnostni zapleti pri pacientu – priložnost za učenje; zbornik predavanj z recenzijo, 12. oktober 2011. Maribor: Zbornica zdravstvene in babiške nege, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji; 2011: 62-8.

Zakon o duševnem zdravju. Uradni list Republike Slovenije št. 77/2008.

Žmitek A. Zakon o duševnem zdravju. Zdrav Vestn. 2010;79:537-43. Dostopno na: http://www.szd.si/user_files/vsebina/Zdravniski_Vestnik/2010/julij-avgust/537-43.pdf. (17. 11. 2012).

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETA

Spoštovani!

Sem Nina Klinar, absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. V okviru diplomskega dela z naslovom Uporaba posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji pripravljam raziskavo na to temo. Vljudno Vas prosim, če odgovorite na zastavljena vprašanja. Sodelovanje v anketi je anonimno, podatki bodo uporabljeni izključno za izdelavo diplomskega dela. Za reševanje ankete in sodelovanje se Vam iskreno zahvaljujem.

1. **Spol** (obkrožite): M Ž

2. **Starost** (dopišite): _____

3. **Oddelek** _____

4. **Vaše delovno mesto:** a) tehnik zdravstvene nege
b) diplomirana medicinska sestra/ zdravstvenik

5. **Ali za oceno tveganja za agresivno vedenje uporabljate v zato namenjene ocenjevalne lestvice?**

- a) vedno
- b) redko
- c) nikoli
- d) ne poznam teh lestvic

6. **Ali menite, da se ob uporabi ocenjevalnih lestvic preprečuje oziroma zmanjšuje uporaba posebnih varovalnih ukrepov (PVU)?**

- a) da
- b) ne

7. Ali ste seznanjeni s protokolom ali smernicami za uporabo posebnih varovalnih ukrepov?

- a) da
- b) ne

8. Ali spodaj naštetih ukrepi spadajo med uporabo posebnih varovalnih ukrepov?

(Označite vsak odgovor posebej)

Ocena/ trditev	DA	NE	NE VEM
Telesno oviranje s pasovi			
Izolacijska soba			
Stalni nadzor			
Diskretni nadzor			
Uporaba zdravil			
Stalen nadzor v gibanju			

9. Katere etične dileme se najpogosteje pojavljajo pri izvedbi posebnih varovalnih ukrepov? (Označite stopnjo strinjanja pred vsakim dogodkom posebej, pri kateri pomeni 5- zelo se strinjam, 4- se strinjam, 3- ne vem, 2- se ne strinjam, 1- povsem se ne strinjam)

Ocena/ trditev	1	2	3	4	5
Kršitev načela avtonomije					
Ali je fizično omejevanje res potrebno					
Kdaj in kateri PVU uporabiti					
Poseg v pacientovo integriteto					
Poškodovanje pacienta					
Kdaj dati zdravilo, ki					

ga ima pacient predpisanega po potrebi					
--	--	--	--	--	--

10. S katerimi alternativnimi ukrepi bi zmanjšali oziroma preprečili uporabo posebnih varovalnih ukrepov? (Označite stopnjo strinjanja pred vsakim dogodkom posebej, pri kateri pomeni 5- zelo se strinjam, 4- se strinjam, 3- ne vem, 2- se ne strinjam, 1- povsem se ne strinjam)

Ocena / trditev	1	2	3	4	5
Uporaba terapevtske komunikacije					
Upoštevanje standardov / smernic o uporabi PVU					
Spremembe v sestavi kadrov					
Uporaba lestvic za prepoznavo agresivnega pacienta					
Več kadra moškega spola					
Glasbena soba					
Sprememba kadrovskega razmerja med pacienti in negovalnim osebjem					
Izobraževanje negovalnega kadra o različnih tehnikah preprečevanja in zmanjševanja agresivnosti pri pacientih					

11. Ali uporabljate standardizirane pripomočke pri izvedbi posebnih varovalnih ukrepov

- a) da
- b) ne

c) ne vem

12. Ali imate vsaj eno izobraževanje vsako leto o uporabi posebnih varovalnih ukrepov?

a) da

b) ne

13. Ali menite, da potrebujete dodatna izobraževanja o izvedbi posebnih varovalnih ukrepov?

a) da

b) ne

Če _____ da, _____ zakaj _____ in _____ kakšna?

14. Ali vam izvedba posebnih varovalnih ukrepov pri pacientih predstavlja neugodje oziroma skrb?

a) da

b) ne

če da, kakšno?

a) stres

b) težko fizično obremenitev

c) premalo izkušenj

d) strah

e) drugo _____

—

15. Kaj menite, da bi bilo še potrebno storiti, da do posebnih varovalnih ukrepov ne bi prišlo oz. da bi se njihova uporaba zmanjšala?

Zahvaljujem se Vam za vaš čas!