



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**SOOČANJE ŠTUDENTOV Z VARNOSTNIMI
ODKLONI V KLINIČNEM OKOLJU NA
PODROČJU DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN
PSIHIATRIJE – KVALITATIVNA
RAZISKAVA**

**STUDENTS' HANDLING OF SAFETY ISSUES
IN A CLINICAL SETTING IN MENTAL
HEALTH AND PSYCHIATRIC: A
QUALITATIVE STUDY**

Mentor: doc. dr. Branko Bregar

Kandidatka: Jusmina Trnjanin

Jesenice, februar, 2025

ZAHVALA

»V življenju se zgodi oboje: zmaga in poraz. Kar nikoli ni sprejemljivo, je odnehanje.«
(Magie Johnson)

Rada bi se zahvalila mentorju doc. dr. Branku Bregarju za svetovanje in strokovno pomoč ter spodbudo ob pisanju mojega diplomskega dela.

Zahvaljujem se recenzentki Katji Vrankar, pred., za recenzijo diplomskega dela. Za lektoriranje diplomskega dela se zahvaljujem mag. Nataši Koražija, prof. slov.

Hvala mojim prijateljicam Niki, Martini in Ajli, ki so me spodbujale med študijem.

Posebna zahvala gre moji družini, ki so se veselili mojih uspehov in me bodrili ob neuspehih. Hvala tebi, dragi Sadmira, ker mi stojiš ob strani že devetindvajset let, me sprejemaš takšno, kot sem, v vseh mojih vzponih in padcih ter verjameš vame.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zagotavljanje varnostne in kakovostne zdravstvene oskrbe je naloga vseh zdravstvenih organizacij. Poseben poudarek zagotavljanja varnosti je na področju duševnega zdravja in psihiatrije. Pacienti, ki so obravnavani v psihiatričnih bolnišnicah nemalokrat, izkazujejo nasilno vedenje, so ga deležni s strani drugih pacientov oziroma celo zaposlenih.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bil prepoznati varnostne odklone, ki kažejo na neprimeren odnos med pacientom z duševno motnjo in izvajalci zdravstvene nege, s katerimi so se soočili študentje zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju in razumeti odzive študentov na opisane varnostne odklone.

Metode: Uporabljena je kvalitativna metoda raziskovanja. Kvalitativna raziskava je bila izvedena med 15 študenti zdravstvene nege z uporabo individualnega intervjuja. Za obdelavo empiričnih podatkov je bila uporabljena kvalitativna vsebinska analiza.

Rezultati: Identificirana je bila kategorija »Soočanje študentov z varnostnimi odkloni« s tremi podkategorijami: varnostni odkloni, odziv študentov in počutje študentov. V raziskavi je bilo ugotovljeno, da se študentje zdravstvene nege na kliničnem usposabljanju s področja duševnega zdravja srečujejo tudi z nasiljem nad pacienti s strani zdravstvenih delavcev. Ključen dejavnik za preprečevanje nasilja nad pacienti je evidentiranje varnostnega odklona, kar je večina intervjuvanih študentov navedla, da bi storili, če bi se srečali z nasiljem.

Razprava: Nasilje v psihiatriji ni le enostransko – s strani pacientov, ampak je lahko obojestransko. Mnogokrat je prikrito oziroma ostane neevidentirano. Na tem področju je treba tako izvajalce zdravstvene nege, ki izvajajo klinično usposabljanje kot tudi študente, izobraziti z različnimi tehnikami umirjanja tako pacienta kot tudi ostalih izvajalcev zdravstvene nege.

Ključne besede: nasilje, zdravstvena nega, izvajalci zdravstvene nege, varnostni odklon.

SUMMARY

Background: Ensuring safe and quality healthcare is the responsibility of all healthcare organisations. There is a particular focus on safety in mental health and psychiatry. Patients treated in psychiatric hospitals often exhibit violent behaviour, which they are subjected to by other patients or even by staff members.

Objective: The aim of this thesis was to identify safety deviations that indicate an inappropriate relationship between patients with mental disorders and nursing professionals encountered by nursing students in clinical training and to understand students' reactions to the described safety deviations.

Method: Qualitative research was conducted among 15 nursing students using the method of individual interview. Qualitative content analysis was used to process the empirical data.

Results: The category 'Students' coping with safety deviations' was identified with three sub-categories: safety deviations, students' response, and students' well-being. The study found that nursing students in clinical training in mental health also encounter violence by health professionals directed at patients. A key factor in preventing violence directed at patients is reporting a safety deviation, which the majority student respondents indicated they would do if they encountered violence.

Discussion: Violence in psychiatry is not only one-sided—i.e. coming from patients—but can be two-sided. It is often hidden or goes unreported. In this area, both nursing professionals involved in clinical training and students need to be educated on different techniques of calming violent behaviour exhibited by patients or other nursing professionals.

Keywords: violence, nursing care, nurse, adverse event

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL.....	3
2.1 VARNOSTNI ODKLON	4
2.2 AGRESIJA IN NASILJE	8
2.3 POJAV NASILJA V ZDRAVSTVENI NEGI	8
2.4 NASILJE NAD PACIENTI	10
2.5 ODZIV ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI IN ŠTUDENTOV NA VARNOSTNE ODKLONE V KLINIČNI PRAKSI.....	12
3 EMPIRIČNI DEL.....	16
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	16
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	16
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	17
3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	17
3.3.2 Opis merskega instrumenta	17
3.3.3 Opis vzorca.....	18
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	18
3.4 REZULTATI	20
3.5 RAZPRAVA.....	26
4 ZAKLJUČEK	33
5 LITERATURA	35
6 PRILOGE	
6.1 MERSKI INSTRUMENT	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografski podatki	18
Tabela 2: Zgradba šifre.....	20
Tabela 3: Podkategorija Varnostni odkloni	22
Tabela 4: Podkategorija Odziv študentov in kode.....	24
Tabela 5: Podkategorije in kode (Počutje študentov).....	26

KAZALO SLIK

Slika 1: Faze kodiranja	19
-------------------------------	----

SEZNAM KRAJŠAV

Š	študent
Ž	ženska
M	moški
O	odprti oddelek
Z	zaprti oddelek
NICE	National Institute for health and care excellence
OSHA	Occupational Safety and Health Administration
WHO	World Health Organization
AACI	American Accreditation Commission International
ZZDej	Zakon o zdravstveni dejavnosti

1 UVOD

Zdravstveno varstvo je kompleksna storitvena dejavnost, ki deluje 24 ur na dan. Deluje v stalno spreminjajočem se okolju, kar posledično pomeni tudi stalno spreminjanje načina dela in prilagajanje. Na podlagi tega se seveda spreminjata tudi kakovost in varnost zdravstvene obravnave (Kramar, 2022). Zagotavljanje kakovosti in varnosti sta ključna vidika v zdravstvu, z nenehno težnjo po stalnem izboljševanju. Varnost pacientov je dolžnost vsakega zdravstvenega delavca in cilj zdravstvenih organizacij. Zaradi narave dela imajo izvajalci zdravstvene nege ključno vlogo pri ohranjanju in spodbujanju varnosti pacientov (Ammouri, et al., 2015; Diz & Lucas, 2022). Za vzpostavitev varnosti v zdravstvu je odgovornih veliko deležnikov tega sistema, kot so načrtovalci, izobraževalci, plačniki, raziskovalci, zdravstvene organizacije, zdravstveni strokovnjaki, drugo osebje in pacienti sami. Vsak seveda v svojem delu in le tako se lahko uvedejo spremembe, ki bodo pripomogle k izboljševanju varnosti pacientov, saj je občutek varnosti ena največjih potreb pacientov (Robida, 2018). Varnost pomeni, da preprečimo dejavnike, ki bi povečali možnost poškodbe ali celo povzročili smrt. S kulturo varnosti med zdravstvenimi delavci zmanjšamo zdravstvene napake, in zagotovimo čim bolj varen zdravstveni sistem, s katerim se povečuje tudi kakovost zdravstvenih obravnav (Ammouri, et al., 2015; Vincent & Amalberti, 2015). Zagotavljanje kakovosti in varnosti v psihiatričnih bolnišnicah zahteva posebno pozornost, saj bolnišnice zagotavljajo zdravstveno varstvo osebam, ki veljajo v zdravstvenem sistemu za najbolj ranljive paciente (Marcus, et al., 2017). Kakovost in varnost v oskrbi pacientov na področju duševnega zdravja in psihiatrije sta ključna za zagotavljanje učinkovite in varne obravnave ter preprečevanje varnostnih odklonov. Individualiziran pristop omogoča prilagoditev obravnave vsakemu pacientu glede na njihove specifične diagnoze in potrebe, pri čemer je bistveno preprečevanje nasilja in samopoškodb, saj so ti pacienti pogosto ranljivi. Osebje mora biti strokovno usposobljeno in nenehno izobraževano o obravnavi duševnih motenj, kriznih intervencijah in tehnikah komuniciranja, saj lahko le tako zagotovijo varno, spoštljivo okolje in nadzor nad uporabo tudi vseh vrst prisilnih ukrepov. Pomembna je tudi vključitev pacientov in njihovih bližnjih v proces zdravstvene obravnave, kar povečuje zaupanje in motivacijo za sodelovanje. Tako multidisciplinarni pristop in stalno prilagajanje praks zmanjšujeta tveganja ter izboljšujeta izide zdravljenja v psihiatriji (Černoga, et al., 2014). Kljub temu je varnost zdravstvene obravnave na

področju duševnega zdravja in psihiatrije pogosto ogrožena, saj v okolju, kjer obravnava poteka, zaradi značilnosti duševnih motenj ter doživljanja oseb z duševnimi motnjami obstajajo številna tveganja. Avtorji prepoznajo različne vrste tveganj, ki jih lahko grobo razdelimo na: (1) tveganja, ki jih predstavlja oseba z duševno motnjo, (2) tveganja, ki jih predstavljajo strokovnjaki, (3) tveganja fizičnega okolja, kjer poteka obravnava, in (4) tveganja, povezana s specifičnim kontekstom obravnave (Cornaggia, et al., 2011; Heckemann, et al., 2015; Edward, et al., 2016; Płaszewska-Żywko, et al., 2019; Weltens, et al., 2021; Deriushkin, et al., 2021).

2 TEORETIČNI DEL

Kultura varnosti pacientov je kultura, pri kateri se vsak posameznik neprestano in aktivno zaveda svojega prispevka k delovanju institucije z možnostjo, da gre do stvari lahko narobe. Je kultura, kjer je možen dialog in vlada pravica, da ljudje izvedo, kaj je šlo narobe in so seznanjeni z izvedbo ukrepov. Na ta način se nenehno izboljšujejo procesi in sistemi, zmanjšuje se možnost ponovitve napak (Kramar, 2022). Gre za ustvarjanje pravične kulture in kulture zaupanja, kjer so ljudje spodbujeni za sporočanje napak in možnih tveganj zanje in kjer vedo, da bo domnevna napaka analizirana po sodobnih načelih znanosti o varnosti (Robida, 2018).

Vzpostavitev in izvajanje kulture varnosti je pomemben ukrep pri zmanjševanju varnostnih odklonov, ki naj bi bil standardni del v zdravstvenem sistemu vsakega kliničnega okolja (American Accreditation Commission International (AACI), 2018). Uvajanje kulture varnosti je proces, ki lahko prispeva k pozitivnim spremembam in izboljšavam na področju varnosti pacientov. Zajema razumevanje vrednot, prepričanj in standardov v zvezi s tem, kaj je pomembno v organizaciji. Prvi pogoj pa je, da ustanova pripravi strategijo in program varnosti pacientov, ki je zaposlenim vodilo za poročanje in ukrepanje ob takšnih dogodkih (Robida, 2018; Guttman, et al., 2021). Azyabi in sodelavci (2022) navajajo, da delovno mesto zdravstvenih delavcev in geografska regija vplivajo na kulturo varnosti, na splošno dojemanje varnosti pacientov in pogostost poročanja in preprečevanja varnostnih odklonov, večinoma v bolnišničnih okoljih. Področje vzpostavljanja kulture varnosti predvsem v okoljih socialnega varstva ostaja veliko manj razvito, kot v kliničnem okolju (Gartshore, et al., 2017).

K vzpostavitvi kulture varnosti pripomorejo tudi orodja za zagotavljanje varnosti: varnostni pogovor, varnostne vizite, vzročna posledična analiza, morbiditetna in mortalitetna konferenca, preventivni in korektivni ukrepi in analiza osnovnih vzrokov najpogostejših prispevajajočih dejavnikov. Z njimi se ugotavljajo tveganja za nastanek varnostnih odklonov, sistemske nepravilnosti in ukrepi, s katerimi se lahko prepreči ponovitev enakih ali podobnih varnostnih odklonov (Kadivec, 2019; Kramar, 2022).

2.1 VARNOSTNI ODKLON

Varnostni odklon je vsako odstopanje v zdravstveni obravnavi pacienta, ki je ali bi lahko pri pacientu škodoval in povzročil posledice na zdravje in vzrok za nastanek ni bolezensko stanje. Varnostni odklon lahko povzroči posledice tudi zaposlenim in svojem pacientov (Ministrstvo za zdravje, 2022). Varnost vseh lahko izboljšamo s prepoznavanjem varnostnih odklonov, pogovorom in hkrati poučevanjem o varnostnih odklonih in prizadevanjem za njihovo preprečevanje (Rodziewicz, et al., 2023). Zdravstveni delavci pogosto delajo v stresnih delovnih okoljih, v katerih nastajajo varnostni odkloni. Z dosledno in visoko disciplinirano delovno etiko in visoko kulturo varnosti je mogoče pojavnost varnostnih odklonov v zdravstveni organizaciji zmanjšati, ni pa se jim mogoče povsem izogniti. Pomembno je, da odkrijemo vzrok za nastanek in v nadaljevanju zagotovimo izvedljivo rešitev, ki zmanjšuje možnost ponavljajočih se dogodkov. Namen in cilj kulture varnosti je analiziranje informacij, dogodkov, določanje ukrepov za preprečevanje le teh in zgraditi večjo kulturo varnosti (Mohd Kamaruzaman, et al., 2022; Rodziewicz, et al., 2023).

Kultura varnosti je danes prioriteta vseh kliničnih okolij, tudi na področju duševnega zdravja in psihiatrije, kjer je spoprijemanje z nasiljem v ospredju pri vzpostavljanju in vzdrževanju kulture varnosti. Nasilje pa ni značilno samo za področje duševnega zdravja in psihiatrije. Ker pa tako laična in strokovna javnost nasilje oz. agresijo pogosto zmotoma povezujejo z osebo, ki ima duševno motnjo, varnostna kultura na področju duševnega zdravja in psihiatrije poudarja pomen obvladovanja varnega okolja – brez nasilja. Zato je (ne)pojavnost nasilja pomemben kazalnik kakovosti na področju duševnega zdravja in psihiatrije (Černoga, et al., 2014). Vendar se je v vsakodnevni klinični praksi tudi izkazalo, da je značilnost ustanov na področju duševnega zdravja sprejemanje nasilja kot nekaj običajnega (Bregar, et al., 2018), kar pa posledično tudi onemogoča, da bi se vzpostavila kultura varnosti z ničelno toleranco do vseh vrst nasilja.

Po drugi strani, kot smo že omenili, vlada zmotno prepričanje, da je agresija oz. nasilje, neločljivo povezano z osebo z duševno motnjo. Verjetno pa je res, da pri določenih duševnih motnjah obstaja večja verjetnost, da bo oseba ob napačnem (ne)strokovnem

delu, odgovorila z agresijo oz. nasiljem. Zato je treba prav zaradi tega spodbuditi znanja in veščine strokovnjakov za delo s pacienti, ki imajo duševne motnje s posebnim poudarkom prav na zmanjševanju njihove agitiranosti oz. notranjega nemira, ter vzpostaviti spodbudno, vključujoče in varno okolje. To je okolje, ki ga lahko opišemo kot »zdravilno okolje«, ki je prilagojeno in oblikovano na način, da zagotavlja varnost, spodbude za osebno rast in razvoj pacientov kakor tudi zaposlenih ter omogoča profesionalne odnose (Vešligaj Damiš, 2022, pp. 5-7). Vešligaj Damiš (2022) je za področje institucionalnega varstva napisala smernice za spodbudno, vključujoče in varno okolje za paciente, ki pa jih lahko prenesemo tudi na področje bolnišničnega zdravstvenega varstva. Osebam, ki so smernice namenjene, so obravnavane v okolju, ki je spodbudno in jim zagotavlja:

- omogoča jim manj težav v vedenju,
- zaposleni jim izkazujejo pozitivno naravnost,
- obstajajo jasna navodila, pravila, norme in posledice,
- doživljajo občutek varnosti, se lahko zanesejo na zaposlene, jim zaupajo, da jih bodo zaščitili oz. omogočil mirno reševanje nesporazumov,
- prepoznavajo pozitivna realna pričakovanja in dobijo dovolj ustreznih spodbud in pohval,
- lahko prepoznajo svoja močna področja in zaupajo v lastne zmožnosti,
- dobijo ustrezno podporo na šibkih področjih,
- čutijo, da so sprejeti in razumljeni v svojih posebnostih,
- zaposleni imajo z njimi dober stik,
- občutijo smiselnost in koristnost tega, kar delajo,
- imajo občutek, da lahko vplivajo na pomembne zadeve,
- občutijo sodelovalno vzdušje (Vešligaj Damiš, 2022).

Navodila za ustvarjanje spodbudnega, vključujočega in varnega okolja za zaposlene v zdravstveni negi za delo z osebami z duševno motnjo:

- *Timski pristop in prilagojena obravnava:* Ob vsakem pojavu vedenjskih težav se za strokovni tim oblikuje individualni načrt, ki se redno prilagaja potrebam osebi, ki je obravnavana. Oseba naj bo obravnavana kot enakovreden član tima, s čimer mu omogočimo občutek pripadnosti, soudeležnosti in soodgovornosti.

- *Stabilnost osebja in doslednost v obravnavi:* Vsi izvajalci naj uporabljajo enoten in dosleden pristop v odnosu do osebe. Pravila in zahteve naj bodo prilagojena, realistična in omogočajo doseg ciljev.
- *Spoštljiv in individualen pristop:* Osebe se naslavlja spoštljivo, kot odrasle, da se počutijo cenjene. Komunikacijo prilagodite, govorite počasi, in po potrebi ponovite vprašanja, da zagotovite učinkovito razumevanje.
- *Telesna govorica in nadzor nad gestami:* Posebna pozornost je namenjena telesni govorici. Izogibati se je treba hitrim gibom, zagotovljen pa je sproščen izraz obraza, da se prepreči morebitno nelagodje pri osebi.
- *Realistična pričakovanja:* Cilji naj bodo oblikovani po meri osebe in hkrati dosegljivi za zaposlene, kar povečuje možnost uspeha.
- *Preprečevanje prekomerne stimulacije:* Osebi se govori neposredno, počasi, in jasno, v prostoru pa se zmanjšujeta hrup in število dražljajev.
- *Dosledna rutina in stalno okolje:* Zagotovljena naj bo stabilna in predvidljiva dnevna rutina, ki zmanjšuje stres in pacientu daje občutek varnosti.
- *Spodbujanje pozitivnih strategij:* Osebam se pomagajo razvijati strategije spoprijemanja s stiskami. Podpora in usmerjanje k pozitivnemu reševanju problemov sta ključna.
- *Prilagajanje zahtevnosti nalog:* Naloge so prilagojene napredku osebe in sposobnostim. Preveč zahtevnim nalogam se izogibamo, da oseba doživi občutek uspeha.
- *Kratka in jasna verbalna navodila:* Navodila naj bodo jedrnata, uporabljajo se konkretni in domači primeri, saj daljša razlaga osebi oteži sledenje.
- *Usmerjanje pozornosti in pozitivno vodenje:* Oseba pogosto potrebuje več usmerjanja in spodbude, da dosežejo uspeh. Izpostavljajo se dosežki osebe, ne pa napake.
- *Prenos znanja v vsakdanje življenje:* Osebi se omogočajo specifični treningi, ki jim pomagajo prenesti svoje veščine iz ene situacije v drugo.
- *Uravnoteženost nalog in premori:* Dnevne aktivnosti naj vključujejo tako fizične kot kognitivne naloge, vmes pa so zagotovljeni redni premori.

- *Enostavnost nalog:* Naloge so poenostavljene, na primer izvedene sede, razdeljeno ali prilagojeno.
- *Strukturirane dejavnosti:* Za vsak dan ali teden je pripravljen jasen urnik, s tem omogočimo okolje, ki je pričakovano in stabilno.
- *Različne aktivnosti in obravnave:* Zagotovljene so primerne aktivnosti, ki osebam omogočajo pozitivne izkušnje (sprostitvene aktivnosti, skupinske obravnave za izboljšanje vedenja).
- *Uporaba pomožnih pripomočkov:* Osebam se omogoča uporaba zunanje podpore (npr. beležke, listki, mobilne aplikacije), ki jim pomaga pri organizaciji in sledenju nalogam.
- *Podpora z uporabo senzoričnih modalitet:* Nove informacije se osebam predstavljajo preko različnih čutov, kar spodbuja boljše razumevanje in pomnjenje.
- *Učenje s primerom:* Izvajalci zdravstvene nege so vzor za osebe, saj jim s svojim vedenjem pomagajo razviti primerne reakcije.
- *Usmerjanje pozornosti stran od vzroka frustracij:* Kadar oseba izraža nezadovoljstvo, se ga z mirno in vljudno besedo preusmeri na drugo nalogo ali temo.
- *Sodelovanje z družino in skrbniki:* Sodelovanje z družinskimi člani omogoča boljše razumevanje potreb in vedenjskih težav osebe.
- *Upoštevanje pravice do tveganja:* Upošteva se pravica osebe do smiselnega tveganja, ki ga spodbuja pri doseganju večje samostojnosti.
- *Prepoznavanje sprožilcev:* Okoljski dejavniki, ki povzročajo stres, se poskušajo prepoznati in omejiti (npr. zmanjšanje hrupa ali števila oseb v prostoru).
- *Predvidljivost in stalnost:* Zagotovljena je stalna dnevna rutina, ki zmanjšuje verjetnost frustracij ter povečuje občutek varnosti pri pacientu.
- *Anticipacija potreb osebe:* Upoštevajo se osnovne fizične potrebe osebe (kot so počitek, hrana ali občutek bolečine), da se izogne nelagodju.
- *Obvladovanje agresivnega vedenja:* Pri soočenju z agresijo se ohranja mirna in sproščena drža, govor je umirjen, brez fizičnega pritiska.
- *Nikoli ne puščajte osebe, ki izkazuje agresivne tendence same:* V stresni situaciji naj bo ob osebi zaposleni, ki zna ustrezno ravnati.

- *Dodatna podpora za zaposlene:* Poskrbljeno je za podporo osebju, vključno s supervizijo, dodatnim izobraževanjem in psihosocialno podporo v težkih situacijah.

Te smernice ustvarjajo okolje, kjer se osebe počutijo vključene, varne in podprte, kar prispeva k njihovem napredku in izboljšanju kakovosti življenja in zmanjšujejo tveganje za okolje, ki bo do oseb, ki potrebujejo pomoč prekomerno vzbujajoče (Vešligaj Damiš, 2022).

2.2 AGRESIJA IN NASILJE

Agresija in nasilje sta vedenjski obliki, pri katerih oseba škoduje sebi ali drugim, bodisi fizično ali verbalno. Do njiju lahko pride v različnih okoliščinah, kot so urgentna stanja ob hospitalizaciji, domače okolje ali bivalne skupnosti. Brez pravočasnega in primernega ukrepanja se tveganje za pacienta, zdravstveno osebje ali družinske člane lahko hitro poveča. Incidenca agresije je pogostejša pri obravnavi nujnih stanj (25 %) in v psihiatričnih obravnavah (32,4 %) (Du, et al., 2017). Nasilje lahko definiramo kot vedenje, usmerjeno k povzročanju škode sebi ali drugim. Gre za široko prisoten pojav, ki se izraža v različnih oblikah, od nagona in jeze do sovraštva ter napadov na posameznike ali skupine. Nasilje nenehno prilagaja načine izražanja, kar še krepi njegovo kompleksnost in pojavnost. Opredelimo ga lahko glede na šest dejavnikov: namen škodovanja, intenzivnost in trajanje, moč izvajalca, ranljivost žrtve, pomanjkanje podpore ter posledice dejanj (Žilić & Janković, 2016). Pomembna razlika med pojmom agresija in nasilje je, da je nasilje predvsem izraz za destruktivno fizično silo, katere posledice so fizične poškodbe oseb, agresija pa ima širši spekter pojavnosti. Pojavlja se kot izraz jeze, medtem ko se nasilje pojavlja kot izraz sovražnosti (Du, et al., 2017).

2.3 POJAV NASILJA V ZDRAVSTVENI NEGI

Nasilje nad zaposlenimi v zdravstveni negi je v zadnjih letih vedno bolj pogost pojav na področju duševnega zdravja in psihiatrije. Je resno globalno in organizacijsko vprašanje, ki ga opredelimo kot katerokoli neprimerno nasilno vedenje pacienta, ki vključuje

verbalno, fizično in spolno nasilje, usmerjeno v zaposlenega v zdravstveni negi (Soheili, et al., 2016).

Nasilje aktivira izkušnja frustracije in ga opredelimo kot blokada posameznika ciljno usmerjenih dejavnosti (Krahe, 2017). Klima delovnega okolja lahko ustvari pogoje, ki olajšajo ali preprečijo nasilje na delovnem mestu. Tako socialno okolje lahko postane pomemben napovedovalec antisocialnega oz. nasilnega vedenja (Escribano, et al., 2019). Pri pojavnosti nasilja v bolnišnicah igra pomembno vlogo tudi ravnanje izvajalcev zdravstvene nege oziroma vseh zaposlenih. Nasilno vedenje izbruhne zaradi množice individualnih in organizacijskih dejavnikov (Shafran-Tikva, et al., 2017). Prislan in sodelavci (2019) so v raziskavi, ki je bila izvedena v treh zdravstvenih ustanovah v Sloveniji ugotovili, da 89 % vseh anketirancev v zdravstvu poroča o večkratnem nasilju na njihovem delovnem mestu. Najpogosteje nasilje povzročajo pacienti ali obiskovalci, ki največkrat izvajajo verbalno (46 % zaposlenih ima tako izkušnjo več kot 6-krat na leto) in psihično nasilje (55 %), redkejšje so situacije, povezane s fizičnim nasiljem (6 % zaposlenih je takih, ki se soočajo s to obliko nasilja več kot 10-krat letno). Najpogostejši občutki anketirancev, ki sledijo nasilnemu dogodku, so strah, ogroženost in negotovost. Flynn (2019) navaja, da je delež v ZDA poškodb zaradi nasilja v zdravstvu tako velik, kot je delež poškodb v vseh ostalih gospodarskih panogah skupaj. V Združenih državah Amerike so v raziskavi prišli do podatkov, da je kar 70 % zaposlenih v zdravstvu in socialnem varstvu že doživelo poškodbe na delovnem mestu, najpogosteje so posledicam brcanja, udarjanja, pretepanja in potiskanja. Po njihovih raziskavah je stopnja nasilja v zdravstvu dvanajstkrat višja kot v drugih poklicih, zdravstveni delavci so deležni poškodb na delovnem mestu večkrat kot policisti in pazniki v zaporih (United States Government Accountability Office, 2016). Odstotek zaposlenih v zdravstveni negi, ki so bili priča nasilju na delovnem mestu, je velik tudi drugod po svetu. V Koreji so leta 2020 naredili raziskavo med patronažnimi medicinskimi sestrami in ugotovili, da jih je 75,8 % v svoji službeni karieri že doživelo nasilje na delovnem mestu, od tega jih je 67,2 % doživelo nasilje v letu 2019 (Kim, et al., 2020).

Dejavniki, ki pripomorejo k večji pojavnosti nasilnega vedenja pacientov, so starost, dednost, bolezni, neugodne razmere v družinah pacientov zloraba psihoaktivnih substanc,

občutki manjvrednosti, ekonomska nestabilnost itd. Nasilje je treba dosledno ustavljati, na različne oblike nasilnega vedenja opozarjati in jih preprečevati. Pomembno je, da so družbena sporočila, tudi v obliki smernic in priporočil, jasna in sporočajo ničelno toleranco do nasilja (Kvas & Seljak, 2015). Espinoza, et al. (2015) opisujejo tudi druge dejavnike, ki pripomorejo k nastanku nasilja, to so predvsem nefunkcionalnost in nepreglednost oddelkov, neznosna vročina, prepih, hrup ter dejavniki pri zaposlenih, ki se morajo naučiti novih pristopov za delo s pacienti. Ukrepi za preprečevanje so predvsem ničelna toleranca do nasilja nad pacienti ter sprememba kulture na nivoju organizacije (Espinoza, et al., 2015).

2.4 NASILJE NAD PACIENTI

Nasilje nad pacienti vključuje fizično, verbalno, psihično, spolno nasilje in zanemarjanje, ki povzročajo škodo pacientu. Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) nasilje nad pacienti obsega vsako uporabo sile ali moči proti pacientu, ki lahko povzroči ali dejansko povzroči škodo, poškodbo ali smrt (Tee, et al., 2016). Nasilje nad pacienti delimo na več oblik nasilja:

- Fizično nasilje: Fizična zloraba pacientov je morda najbolj očitna oblika nasilja. Lahko vključuje udarce, potiske, pretirano omejevanje gibanja ali neustrezno uporabo zdravil za pomiritev. Podatki kažejo, da je fizično nasilje nad pacienti pogosto povezano s situacijami, ko osebje ni ustrezno usposobljeno za obravnavo pacientov z motnjami v duševnem zdravju.
- Verbalno nasilje: To vključuje žaljivke, poniževalne pripombe, kričanje ali grožnje. Takšno nasilje lahko povzroči psihološko škodo, ki dolgoročno vpliva na pacientovo duševno zdravje.
- Psihično nasilje: Ustrahovanje, manipulacija ali ignoriranje potreb pacienta so primeri psihičnega nasilja. Gre za subtilne, a zelo škodljive oblike nasilja, ki lahko povzročijo dolgotrajno škodo.
- Spolno nasilje: Po podatkih raziskav je spolno nasilje v zdravstveni negi redek, a zelo resen problem, ki vključuje vsakršno neprimerno spolno vedenje, dotikanje ali komentarje.

- Zanemarjanje: Opustitev nudenja ustrezne oskrbe je oblika nasilja, ki lahko vodi do resnih zdravstvenih zapletov ali celo smrti. Zanemarjanje je pogosto posledica preobremenjenosti osebja ali pomanjkanja ustreznih virov (Occupational Safety and Health Administration (OSHA), 2016).

Obstajajo številni dejavniki, ki prispevajo k nasilju nad pacienti:

- Individualni dejavniki: Stres, izgorelost in pomanjkanje usposobljenosti so glavni dejavniki, ki lahko povzročijo nasilno vedenje zdravstvenih delavcev. Raziskave kažejo (Blagojević, et al., 2015; Pitts & Schaller, 2020), da so zdravstveni delavci pod velikim pritiskom in da stres lahko privede do zmanjšanja empatije in poveča tveganje za nasilno vedenje
- Organizacijski dejavniki: Slaba organizacija dela, pomanjkanje osebja, dolgi delovni časi in neustrezno vodenje prispevajo k večji verjetnosti nasilnih incidentov. Kvalitativna raziskava (Pitts & Schaller, 2020) kaže, da so zdravstveni delavci, ki delajo v slabih delovnih razmerah, bolj nagnjeni k uporabi nasilja kot tisti, ki delajo v bolj podpornih okoljih.
- Kultura v zdravstveni ustanovi: Kultura, ki tolerira nasilje ali ga ne sankcionira, je ključni dejavnik. Bole (2017) v raziskavi navaja, da je ustvarjanje pozitivne delovne kulture bistvenega pomena za zmanjšanje nasilja v zdravstveni negi.
- Specifične situacije: Na primer, delo z nasilnimi ali zmedenimi pacienti povečuje tveganje za nasilje. V teh primerih je ključna ustrezna usposobljenost in podpora osebju (OSHA, 2016).

Nasilje nad pacienti ima hude posledice:

- Za paciente: Nasilje lahko povzroči fizične poškodbe, psihološko škodo in dolgoročne zdravstvene zaplete. Po raziskavi (Flynn, 2019), objavljeni v *Journal of Patient Safety*, so pacienti, ki so bili žrtve nasilja, bolj nagnjeni k razvoju posttravmatskega stresnega sindroma.
- Za zdravstvene delavce: Vpletenost v nasilna dejanja lahko povzroči pravne posledice, izgubo poklicne licence in resne etične dileme. Pojav nasilja negativno vpliva tudi na psihično zdravje zdravstvenega osebja.

- Za zdravstvene ustanove: Zdravstvene ustanove, kjer prihaja do nasilja nad pacienti, se soočajo z resnimi pravnimi in finančnimi posledicami ter izgubo zaupanja javnosti (Flynn, 2019).

Izvajalci zdravstvene nege imajo moralno, etično in zakonsko odgovornost do razvoja profesije zdravstvene nege in zagotavljanja kakovostno in varno zdravstveno nego. V smislu preprečevanja nasilja na delovnem mestu niso odgovorni samo ustanovi, pač pa tudi profesiji zdravstvene nege. Smiselno bi bilo, da izvajalci zdravstvene nege študente poučujejo z zgledom, jih učijo, navdihujejo, pomagajo in spodbujajo pri vključevanju v socialno vlogo. Izvajanje nasilja nad pacienti pa lahko pri študentih povzroči stresne dogodke. Zato se priporoča razvoj strategije, ki bi bila usmerjena v ozaveščanje o problemu in bi imela predpise in postopke, s katerimi bi se nasilno vedenje obvladovalo in prijavilo (Tee, et al., 2016). Zdravstveni delavec lahko samostojno opravlja vsako delo, za katero ima ustrezno izobrazbo in je zanj usposobljen ter ima na razpolago ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost (Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), 2005). »Moralna« odgovornost v povezavi s pojavnostjo nasilja do pacientov posredno pomeni tudi, da zdravstveni delavci odgovarjamo za delovno okolje, ki je spodbudno in ima ničelno toleranco do nasilja.

2.5 ODZIV ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI IN ŠTUDENTOV NA VARNOSTNE ODKLONE V KLINIČNI PRAKSI

Pogost odziv na nasilje pri zaposlenih v zdravstveni negi je tudi ignoriranje nasilja oz. kultura molka. Kultura molka se nanaša na družbeno dinamiko, kjer se nasilje, zlorabe ali nepravilnosti pogosto ignorirajo, zanikajo ali prikrivajo. Posamezniki, ki bi sicer lahko spregovorili o nasilju, bodisi zaradi strahu, družbenega pritiska, sramu ali zvestobe, molčijo in ne poročajo o incidentih. Ta pojav se lahko pojavi v različnih okoljih, kot so družina, šola, delovno mesto, religiozne skupnosti ali celo na družbeni ravni (Durmus, et al., 2018). Vzroki za kulturo molka vključujejo:

- Strah pred povračilom: Žrtve ali priče nasilja se bojijo posledic, kot so izguba zaposlitve, socialna izključenost ali fizična grožnja.
- Sram in stigma: Ljudje se lahko bojijo, da bi jih družba obsojala ali sramotila, če bi razkrili svoje izkušnje.

- Normalizacija nasilja: V nekaterih okoljih je nasilje tako običajno, da ga ljudje vidijo kot "normalno" in se ne čutijo dolžne ukrepati.
- Zvestoba in lojalnost: V družbenih skupinah, kot so družina ali verske skupnosti, lahko zvestoba prepreči, da bi ljudje spregovorili proti nasilnežem.
- Pomanjkanje podpore: Ljudje morda molčijo, ker menijo, da njihova pričevanja ne bodo nič spremenila ali da ne bodo deležni ustrezne zaščite (Babiarczyk, et al., 2020).

Kultura molka omogoča, da se nasilje nadaljuje, in preprečuje ustrezno oskrbo pacientom in podporo žrtvam. Vzrok je v mišljenju, da se kljub prijavljanju nasilja ne bo nič zgodilo in da je nasilje del njihove službe. Žrtve najpogosteje ne prijavljajo trpinčenja na delovnem mestu s strani sodelavcev in nadrejenih, saj se bojijo, da bo prijavljanje nasilja vplivalo na njihov status na delovnem mestu, strah jih je, da bi izgubili službo (Alameddine, et al., 2015; Fiseković, et al., 2015; Durmus, et al., 2018; Babiarczyk, et al., 2020). Babiarczyk in sodelavci (2020) so ugotovili, da je razlog neprijavljanja nasilja tudi v nepoznavanju postopkov prijave, saj je od 69 % anketiranih, ki so vedeli, da se nasilje na delovnem mestu lahko prijavi, le 23 % vedelo, kako izpeljati prijavo.

Preprečevanje in hitra prepoznava nasilja sta pomembna, saj lahko s tem učinkovito ustavimo nasilje in preprečimo, da bi se stopnjevalo. Učinkovit program preprečevanja nasilja na delovnem mestu vključuje vodstvo ustanove, ki se zavzema za preprečevanje nasilja in sodelovanje zaposlenih. Prvi korak preprečevanja nasilja na delovnem mestu je, da vodstvo ustanove prepozna, da predstavlja nasilje na delovnem mestu nevarnost za varnost in zdravje zaposlenih, predvsem pa transparentno delovanje vodstva pri reševanju teh težav (Hartley, et al., 2015). Pomembno pa je tudi zagotoviti možnost sistematičnega dokumentiranja in prijavljanja nasilja (Hartley, et al., 2015; OSHA, 2016; Babiarczyk, et al., 2020). Tveganje za nasilje v zdravstvu je povezano z organizacijo dela (dežurstva, izmensko delo, nočna izmena, obiski na domu, preobremenjenost zaposlenih), s poklicem samim (interakcija s pacienti in njihovimi svojci, obiskovalci) in institucionalno (zakonska in pravna odgovornost). Posledice nasilja na delovnem mestu v zdravstvu vplivajo na zdravje, življenje in varnost, zato je prednostna naloga uporaba preventivnih programov, ki vključujejo preprečevanje in obvladovanje nasilja na delovnem mestu.

Nasilne dogodke je treba spremljati, dokumentirati, o njih poročati, po dogodku pa je treba preveriti varnostno oceno in jo po potrebi prilagoditi. Najpomembneje pa je oceniti potrebe po izobraževanju zdravstvenega osebja in izobraževanja izvesti. S stalnim izobraževanjem o nasilju na delovnem mestu zdravstveno osebje dobi znanje in veščine o prepoznavanju nasilja, prepoznavanju tveganja za nasilje ter različnih vrstah nasilja (OSHA, 2016).

Posebno pozornost je treba posvetiti novim zaposlenim, tistim, ki delajo sami, osebju, ki se pri delu srečuje s tveganjem za nasilje, in osebju, ki skrbi za varnost. Z izobraževanjem na temo nasilja pa je treba pričeti že v izobraževalnem procesu in tako izobraziti dijake oziroma študente, kako se odzvati pri nasilju s pacienti, njihovimi svojci, obiskovalci in sodelavci, ter jih podučiti, da nasilje na delovnem mestu ni del službe, ni sprejemljivo in se ga ne tolerira (Gillespie, et al., 2015; Kvas & Seljak, 2015; Zdravniška zbornica Slovenije, 2019).

Večina obstoječih raziskav na področju nasilja v zdravstvu se osredotoča na nasilje pacientov do zdravstvenega osebja, saj je to vprašanje, ki pritegne večjo pozornost zaradi resnosti posledic za varnost zaposlenih. Kljub temu pa je treba poudariti, da so odnosi med zdravstvenimi delavci in pacienti z duševnimi motnjami pogosto spregledani, a ključni za razumevanje vzrokov nasilja. Nepazljiv, neprimeren ali celo nespoštljiv odnos zdravstvenih delavcev do pacientov z duševnimi motnjami lahko pripelje do povečanja napetosti in sproži agresivno vedenje s strani pacientov. Tovrstni odnos so lahko nevede sprožilec nasilja, saj pacienti, ki morda že doživljajo stisko zaradi svojih duševnih težav, na takšne reakcije lahko reagirajo z jezo ali obupom. Poleg tega ni zanemarljivo dejstvo, da lahko zaposleni sami postanejo vir nasilja, usmerjenega proti pacientom. Pomanjkanje ustreznega usposabljanja za ravnanje s pacienti z duševnimi motnjami, preobremenjenost, stres na delovnem mestu ali celo osebni konflikti lahko privedejo do nespoštljivega obnašanja, ki ni zgolj neprofesionalno, temveč tudi nevarno. Zdravstveni delavci, ki nimajo dovolj podpornih mehanizmov ali primerne čustvene opore, so lahko bolj nagnjeni k izbruhu agresije, kar lahko škoduje pacientom. Zaradi teh razlogov je treba to področje bolj podrobno raziskati in osvetliti. Razumevanje dinamik, ki vodijo do nasilja s strani tako pacientov kot tudi zdravstvenega osebja, je ključnega pomena za razvoj celovite

kulture varnosti v zdravstvu. To vključuje zagotavljanje izobraževanj za boljše obvladovanje stresa, izboljšanje komunikacije in razumevanja med osebjem in pacienti ter vzpostavitev podpornih sistemov za zaposlene, ki jim omogočajo soočanje z zahtevnimi situacijami. Dobre prakse v tem področju bodo prispevale k večji varnosti in boljšim odnosom, kar bo na koncu izboljšalo kakovost oskrbe in dobrobit vseh vključenih.

3 EMPIRIČNI DEL

V diplomskem delu smo s pomočjo intervjuja ugotavljali doživljanje in izkušnje študentov na varnostne odklone s poudarkom na izkazano nasilje nad pacienti s strani zaposlenih na področju duševnega zdravja in psihiatrije.

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil prepoznati odzive študentov na varnostne odklone nasilja med kliničnim usposabljanjem na področju duševnega zdravja in psihiatrije, ki kažejo, da je treba medosebni odnos med pacientom z duševno motnjo in izvajalci zdravstvene nege redefinirati. Cilja diplomskega dela sta bila:

- Prepoznati varnostne odklone, ki kažejo na neprimeren medosebni odnos med pacientom z duševno motnjo in izvajalci zdravstvene nege, s katerimi so se soočili študenti med kliničnim usposabljanjem na področju duševnega zdravja in psihiatrije.
- Razumeti odzive študentov na zaznane varnostne odklone, ki kažejo na neprimeren medosebni odnos med pacientom z duševno motnjo in izvajalci zdravstvene nege, s katerimi so se soočili študenti med kliničnim usposabljanjem na področju duševnega zdravja in psihiatrije.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Zastavili smo dve raziskovalni vprašanji:

- Katere varnostne odklone, ki kažejo na neprimeren medosebni odnos med pacienti z duševno motnjo in izvajalci zdravstvene nege, so zaznali študenti med kliničnim usposabljanjem na področju duševnega zdravja in psihiatrije?
- Kako se študenti odzivajo na zaznane varnostne odklone, ki kažejo na neprimeren medosebni odnos med pacienti z duševnimi motnjami med kliničnim usposabljanjem na področju duševnega zdravja in psihiatrije?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V raziskovalnem delu smo uporabili kvalitativno raziskovalno metodologijo, ki je temeljila na fenomenološkem pristopu.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Za potrebe teoretičnega dela smo pregledali strokovno in znanstveno literaturo iz podatkovnih baz: PubMed, ScienceDirect, Research Gate in CINAHL in domačo bibliografsko zbirko Cobiss. Ključne besede, ki smo jih uporabili za iskanje literature so bili: "nasilje, zdravstvena nega, izvajalci zdravstvene nege, varnostni odklon" ter v angleščini: "violence, nursing care, nurse, adverse event". Pregledali smo literaturo v časovnem obdobju od leta 2014 do leta 2024.

V empiričnem delu smo za zbiranje podatkov uporabili metodo polstrukturiranega intervjuja, ki nam je omogočila individualen pristop k intervjuvanim. To pomeni, da so bila glavna vprašanja, ki so vnaprej pripravljena, podvprašanja pa so bila oblikovana sproti med potekom intervjuja. Polstrukturiran intervju je zelo prožna tehnika zbiranja podatkov, uporabi se lahko zaprti ali odprti tip vprašanj. V našem diplomskem delu so bila uporabljena vprašanja odprtega tipa (Mesec, 2023).

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Za zbiranje podatkov v empiričnem delu smo uporabili polstrukturiran intervju. Pripravili in uporabili smo odprta vprašanja, ki smo jih dopolnjevali s podvprašanji med samim intervjujem, tako da smo lahko želeno področje čim bolj raziskali ter poglobljeno razumeli. Intervjuvancem smo zastavili 5 glavnih vprašanj:

- Katere varnostne odklone ste zaznali ob opravljanju klinične prakse v psihiatriji?
- Kako ste se oziroma bi se odzvali na varnostne odklone, ki kažejo na neprimeren odnos med pacienti in izvajalci zdravstvene nege?
- Kako lahko opišete svoje počutje ob zaznanem varnostnem odklonu, ki kaže na neprimeren odnos med pacienti in izvajalci zdravstvene nege?
- Kaj za vas pomeni nasilje nad pacientom?

- Kako bi se odzvali, če bi zaznali nasilje, ki ga izvaja zaposleni nad pacientom?

3.3.3 Opis vzorca

V raziskavi smo uporabili namenski vzorec. V raziskavo smo vključili 15 študentov izrednega študija zdravstvene nege Fakultete za zdravstvo Angele Boškin, ki imajo opravljeno klinično usposabljanje v eni izmed psihiatričnih bolnišnic. Od tega je bilo 33 % (n = 5) študentov moškega spola in 67 % (n = 10) ženskega spola. Povprečna starost anketiranih je bila 37,0, povprečna delovna doba v letih pa 13,7 (tabela 1).

Tabela 1: Demografski podatki

Demografska podatka	Povprečna vrednost (v letih)
Starost	37,0
Delovna doba	13,7

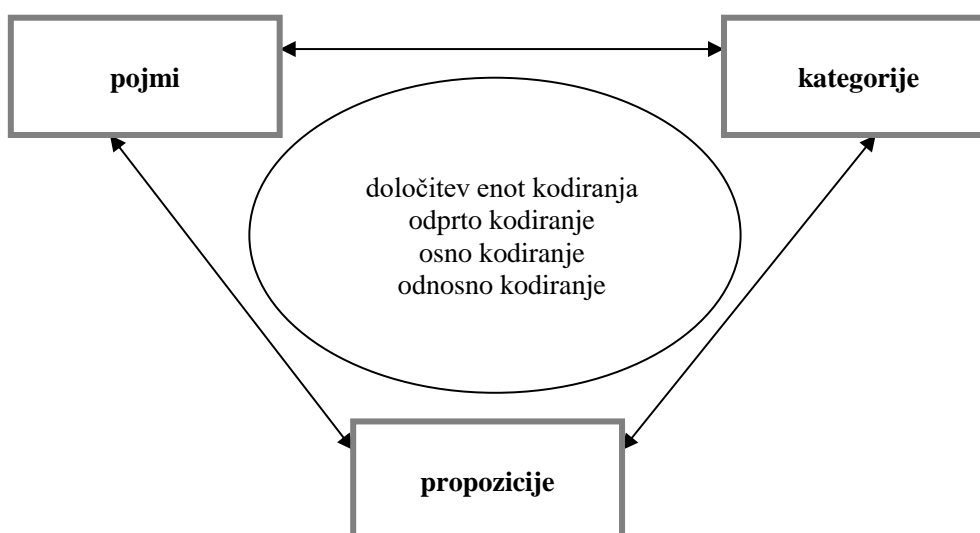
3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Intervjuje smo izvedli po pridobitvi soglasja Komisije za znanstveno-razvojno in raziskovalno dejavnost Fakultete za zdravstvo Angele Boškin v septembru in oktobru 2024. Intervjuvancem je bila zagotovljena anonimnost, seznanili smo jih z vsebino raziskave, za sodelovanje so podali pisno soglasje.

Pred izvedbo intervjuja smo intervjuvance seznanili z vsebinskimi temami in namenom, ki so v izvedbo intervjuja vnesli dodatno strukturiranost in jasnost. Zagotovljena je bila anonimnost in zaupnost podatkov. K vsakemu intervjuvancu smo pristopili osebno, ga seznanili s potekom raziskave in ga povabili k sodelovanju. Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno.

Za analiziranje kvalitativnega gradiva smo uporabili kvalitativno vsebinsko analizo z odprtim kodiranjem in kategoriziranjem besedila, oblikovali smo teoretično razlago oziroma pojasnitev proučevane teme. Za proces kodiranja smo uporabili induktivni pristop odprtega kodiranja – kode smo določali med samo analizo besedil. Postopek analize smo izvedli v 6 korakih: urejanje gradiva, določitev kodiranja, kodiranje,

oblikovanje kategorij, definiranje kategorij, oblikovanje končne teoretične formulacije (Mesec, 2023). Mesec (2023) razlaga odprto kodiranje na način, da raziskovalec najprej določi enote kodiranja, katerim po načinu »brainstorminga« določa pojme ali kode, sledi osno in odnosno kodiranje. Na podlagi »brainstorminga« smo posameznim enotam empiričnega gradiva (enote kodiranja), ki so bile relevantne z našim fokusom raziskovanja, pripisali kode. V nadaljevanju analize smo kode primerjali med seboj in jih združevali v podkategorije in nadrejeno kategorijo. Ko razlagamo odnose med posameznimi kodami ali pojmi znotraj kategorije govorimo o osnem kodiranju. Na bolj abstraktnem nivoju je odnosno kodiranje, ki se nanaša na razlago odnosov med posameznimi kategorijami, česar pa mi v naši razlagi naših rezultatov nismo uporabili, saj smo analizirali le eno kategorijo. Vse faze so med seboj zelo prepletene (slika 1).



Slika 1: Faze kodiranja

Po zaključku vsakega od intervjujev, ki smo jih snemali, smo vsa vprašanja in odgovore dobesedno prepisali. Raziskovanje je potekalo sekvenčno, kar pomeni, da smo po vsakem opravljenem intervjuju odgovore analizirali, šele nato smo nadaljevali z naslednjim intervjujem.

Za lažje razumevanje izjav udeležencev intervjuja smo uporabili naslednje oznake študentov (Š1, Š2 ...). Poleg smo dodali oznako spola Ž – ženski, M – moški in oznako,

na katerem oddelku so opravljali klinično usposabljanje Z – zaprti oddelek, O – odprti oddelek (tabela 2).

Tabela 2: Zgradba šifre

Številka intervjuvanca	vsak intervjuvanec (študent) je pridobil slučajno izbrano število med 1–15 (15 vseh udeležencev), zato si številke udeležencev sledijo od Š 1 – ST. 15
Spol	M – moški; Ž – ženska
Vrsta oddelka	Z – zaprti oddelek; O – odprti oddelek
Primer zgradbe šifre	Š1– M/O – pomeni študent, intervju 1, moškega spola, ki je klinično prakso opravljal na odprtem oddelku psihiatrične bolnišnice

3.4 REZULTATI

Z analizo empiričnih podatkov smo oblikovali glavno kategorijo: »Soočanje študentov z varnostnimi odkloni«, ki smo jo za boljše razumevanje razdelili na tri podkategorije: varnostni odkloni (tabela 3), odziv študentov (tabela 4) in počutje študentov (tabela 5).

Prva podkategorijo (varnostni odkloni) (tabela 3) lahko razložimo predvsem s kodami, ki se nanašajo neprimeren odnos zaposlenih v zdravstveni negi do pacientov z duševno motnjo. Koda »ignoriranje potreb« kaže na to, da je bila študentka soočena z izredno slabim in grobim odnos do pacientov z duševno motnjo.

Š1– M/O: »Zaznali smo ignoriranje potreb in želja določenih pacientov, grobo komunikacijo, ni bilo izražena osnovnega spoštovanja do pacientov s strani zaposlenih.«

Kodo »ignoriranje potreb« smo zaznali tudi pri drugem študentu, kjer je nasilje označeno kot ignoriranje potreb pacienta. Prav tako je študentka označila vedenje zaposlenega kot »nepotrpežljivost«, ki je že mejila na blage oblike nasilja.

Š9 – Ž/Z: »Pacientu je uhajal urin, zato je imel nameščeno plenico, katero je ves čas snemal in vztrajal, da hoče na stranišče. ZT, ki je bil sam na

oddelku je njegove prošnje ignoriral. Pri preoblačenju in umivanju je bil do pacienta nepotrpežljiv in grob.»

Nasprotno navaja študent, da neprimernega odnosa ni opazil. Iz kode »predstavljam (si) kot izvajanje nasilja« je prepoznati, da sicer razume, na kaj bi se lahko neprimeren odnos do pacientov z duševno motnjo nanašal. Predvsem v zlorabi moči zaposlenih v zdravstveni negi v odnosu do podrejenega položaja pacienta v zdravstveni obravnavi na oddelku pod posebnim nadzorom. Drugi študent je navajal kodo »kršenje temeljnih človekovih pravic«, kar nam ravno tako pove o razumevanju mogočega izvajanja nasilja zaposlenih v zdravstveni negi nad pacienti.

Š3 – Ž/Z: »Na kliničnem usposabljanju nisem zaznala varnostnih odklonov na področju medosebnih odnosov med zaposlenim in pacientom. Si pa to predstavljam kot izvajanje nasilja nad pacientom. Psihično, fizično, verbalno, spolno [...]. Izkoriščanje pacientov nemoči, podrejenega položaja pacienta. Pacienta se ne spoštuje, izpostavlja se ga okolju, ki je za pacienta škodljivo, žaljiva komunikacija s pacientom [...].«

Š4- M/Z: »Nasilje si razlagam kot kršenje temeljnih človekovih pravic, kot so varnost, zaupanje, telesne in duševne integritete, torej zlorabo moči močnejšega nad šibkejšim.«

En študent je navajal predvsem neprimerno komunikacijo, zlorabo in pomanjkljiv nadzor.

Š5 – Ž/Z: »Agresija in nasilje, zloraba, pobeg iz ustanove, neprimerni postopki omejevanja, napake v komunikaciji, pomanjkljiv nadzor.«

Kodo »verbalno nasilje« je navajal študent predvsem v smislu siljenja pacientov na določene aktivnosti, drugi pa je to kodo opisoval kot norčevanje in tikanje pacientov.

Š6 – Ž/O: »Veliko odklonov ni bilo. Morda večkrat verbalno nasilje v smislu siljenja pacientov na določene skupne aktivnosti ...«

Š10 – Ž/O, Z: »Zaznala sem neprimeren odnos do pacientov v smislu norčevanja, tikanja in nasilja nad onemoglim dementnim pacientom.«

Tabela 3: Podkategorija Varnostni odkloni

PODKATEGORIJA	KODE
Varnostni odkloni	Ignoriranje potreb – nasilna komunikacija – nespoštovanje pacientov – predstavljam kot izvajanje nasilja – kršenje temeljnih človekovih pravic – zloraba moči močnejšega nad šibkejšim – pomanjkljiv nadzor – neprimerni postopki omejevanja – verbalno nasilje – nepotrpežljivost – neprimeren odnos

V drugi podkategoriji »Odziv študentov« je največ študentov odgovarjalo, da bi v primeru varnostnega odklona poročali nadrejenim (tabela 3). Takšna izjava kaže na razumevanje študentov, da so odkloni v zdravstvenem sistemu predvsem posledica sistemskih pomanjkljivosti.

Š1 – M/O: »Takoj ob dogodku bi izpostavila neprimeren odnos do pacienta, o odklonu bi poročala nadrejenim. Žene me odgovornost do pacienta in dolžnost, da le tega zaščitim in preprečim nadaljnje neprimerno vedenje.«

Poročanje nadrejenim predstavlja pomemben korak k zagotavljanju odgovornosti do pacienta in zaščiti njegove varnosti, obenem pa prispeva k večji varnosti vseh udeleženih v zdravstvenem sistemu. Poleg pozitivnih vidikov, kot sta hitro in odločno ukrepanje, pa poročanje lahko spremljajo tudi neprijetni občutki, kot sta občutek krivde in nemoč.

Š2 – M/Z: »Če se pogovarjava o varnostnih odklonih na splošno, bi težko opisal svoje počutje, ker se zavedam, da se napake dogajajo in se na žalost tudi bodo dogajale, kljub velikemu trudu preprečevanja le tega. Napake v veliki večini niso posledica enega samega posameznika, bi rekel, da je večji razlog za to nekje v našem sistemu. Drugače bi pa rekel, da kadar pride do odklona je občutek neprijeten, občutek krivde in nemoči. V primeru nasilja nad pacienti bi o tem seznanil svojega nadrejenega, da bi ta ukrepal dalje. Nasilje nad pacientom je nesprijemljivo.«

Kljub temu je pomembno, da se zaposleni zavedajo, da poročanje ni namenjeno kaznovanju posameznikov, temveč opozarjanju na pomanjkljivosti, ki zahtevajo izboljšave. Ključni del tega procesa je pogovor o dogodku, ki omogoča razumevanje okoliščin in preprečevanje podobnih odklonov v prihodnje. Zaposleni lahko s pravilnim odzivom, kot je opozorilo zaposlenega, ugoditev pacientovi želji ali drugi ustrezni ukrepi, povrnejo pacientovo zaupanje ter hkrati prispevajo k izboljšanju celotnega sistema. Vzpostavitev okolja, kjer je poročanje varnostnih odklonov sprejeto kot del kulture kakovosti, je ključna za dolgoročni napredek.

Š3 – Ž/Z: *»Pogovor z nadrejeno osebo – klinični mentor, mentor, oddelčni vodja ipd. Zapis odklona.«*

Š8 – Ž/Z: *»Vodji oddelka sem poročala o odklonih oziroma neprimernem vedenju zaposlenih.«*

V enem intervjuju smo zaznali kodo hitrega in odločnega odziva, saj je študent menil, da bi tako zagotovil varnost in spoštovanje pacientovih pravic. Izjava kaže na to, da ima študent, ki med klinično prakso ni imel izkušenj z neprimernim odnosom med zdravstvenim delcem in pacientom, visoke etične in moralne vrednote, s katerimi študenti že prihajajo v klinično okolje na področju duševnega zdravja in psihiatrije, in le-te so pogoj, da se lahko odzivajo v kritičnih dogodkih.

Š4 – M/Z: *»Odziv na varnostne odklone, ki kažejo na neprimeren odnos med pacienti in izvajalci zdravstvene nege. Odzval bi se hitro in odločno in bi bil osredotočen na zagotavljanje varnosti in spoštovanja pacientovih pravic. Samo celovit pristop pomaga zagotoviti, da so varnostni odkloni ustrezno obravnavani, da so pacienti zaščiteni in da se prepreči ponavljanje tovrstnih dogodkov v prihodnosti.«*

V nasprotju s prejšnjo izjavo pa so imeli nekateri študenti tudi občutek, da niso dovolj opolnomočeni z etičnimi in moralnimi vrednotami, ki bi jih morali študentje pridobiti za klinično prakso na področju psihičnega zdravja in psihiatrije.

Š5 – Ž/Z: *»Bilo mi je zelo neprijetno, počutila sem se nemočno, saj zaradi osebnih razlogov nisem mogla stopiti med pacienta in zaposlenega. Vsak takšen dogodek bi prijavila nadrejenemu.«*

Študent je navajal, da bi se sam pogovoril z zaposlenim. Izjava kaže na to, da se je intervjuvanec počutil dovolj močnega, da bi se lahko soočil z zaposlenim ob kritičnem dogodku.

Š6 – Ž/O: *»Opozoril bi zaposlenega, ki je izvajal nasilje nad pacientov, se skušal z njim pogovoriti glede njegovega ravnanja in ga pozvati, da samostojno o tem obvesti nadrejene. Prav tako bi nudil oporo pacientu in sodelavcu ob prijavi odklona.«*

Koda »ugoditev pacientovi želji« je navedla študentka, ki ponazarjam, da je študentka prepoznala neustreznost izvajanja »nege«, zato je počakala, da so zaposleni odšli iz prostorov, nato pa je sama izvedla ustrezne postopke.

Š7 – M/Z: *»Med izvajanjem nege sem poizkušala pacienta z umirjenim tonom pomiriti in ga spodbuditi k sodelovanju. Trudila sem se biti nežna. Ko je ZT zapustil prostor, sem si vzela čas za pacienta, ga poslušala in ugodila njegovi prošnji ter ga pospremila do stranišča.«*

Tabela 4: Podkategorija Odziv študentov in kode

PODKATEGORIJA	KODE
Odziv študentov	Poročanje nadrejenim – odgovornost do pacienta – zaščita pacienta – varnost vseh udeležениh – občutek krivde – nemoč – hitro – odločno – neprijetno – opozorilo zaposlenega – pogovor o dogodku – ugoditev pacientovi želji

V tretji podkategoriji, ki smo jo poimenovali »počutje študentov«, so študentje opisovali predvsem svoje občutke po varnostnem odklonu nasilja s strani zaposlenih v zdravstveni

negi, ki so ga doživeli med kliničnim usposabljanjem (tabela 5). Izkušnje študentov so razkrivale občutke ogroženosti in strahu, ki so nastopili zaradi nepričakovanega in nesprejemljivega vedenja zaposlenih. Takšni dogodki so pri študentih pogosto povzročili občutek neprijetnosti in globoke stiske, kar je lahko negativno vplivalo na njihovo samozavest ter motivacijo za nadaljnje usposabljanje.

Doživeto nasilje je marsikdaj pustilo občutek ponižanja, saj so bili študentje pogosto v podrejenem položaju, brez možnosti, da bi se učinkovito postavili zase ali ukrepali proti neprimernemu ravnanju. Takšni dogodki so lahko pri študentih ustvarili tudi dolgotrajno negotovost in strah pred ponovitvijo, kar dodatno otežuje njihovo vključevanje v klinično okolje. Da bi zmanjšali negativne vplive tovrstnih izkušenj, je nujno, da izobraževalne ustanove in klinična okolja zagotovijo varno in podporno okolje za študente. To vključuje jasna pravila o nesprejemljivem vedenju, dostop do psihološke podpore ter spodbujanje odprtega dialoga, kjer lahko študentje brez strahu spregovorijo o svojih izkušnjah. Le tako je mogoče izboljšati kakovost kliničnega usposabljanja ter zagotoviti, da študentje razvijejo tako strokovne kot osebne kompetence v zdravem in spoštljivem okolju. Ena izmed študentk je navajala, da se je počutila ogroženo in neprijetno.

Š9 – Ž/Z: » Počutila sem se ogroženo, bilo me je strah, ko je pacient postal vedno bolj nemiren, stopnjeval napetost in nemir. Med odzivom ZT mi je bilo neprijetno, ker sem pričakovala bolj strokoven odziv, ki bi nastalo situacijo pomiril.«

Citirani zapis študentke odraža izjemno pomembne in čustveno intenzivne izkušnje, ki se lahko pojavijo v interakcijah med zdravstvenim osebjem in pacienti, zlasti tistimi, ki imajo duševne motnje. Oseba, ki opiše svojo izkušnjo, izpostavi ključna čustva, kot so nemoč, ponižanje in strah, ki so bila prisotna tako pri pacientu kot tudi pri njej kot priča dogodku. Nemoč, ki jo je občutila študentka, lahko izhaja iz občutka, da v trenutku ne more vplivati na situacijo, niti kot opazovalka niti kot oseba, ki bi lahko pomagala pacientu. V zdravstvenih okoljih, kjer se pojavijo težave pri komunikaciji ali napačne ravnanje zaposlenih, se lahko pojavi občutek nemoči, saj zdravstveni delavci morda niso ustrezno usposobljeni za obvladovanje takih situacij. To lahko vodi v občutek, da ni mogoče učinkovito posredovati in zaščititi pacienta pred neprimernim ravnanjem.

Ponižanje in strah, ki sta bila prisotna pri pacientu, sta posledica neprimernih dejanj, ki lahko ogrozijo človeško dostojanstvo in sprožijo močan psihološki stres. Pacient, ki že tako doživlja duševne stiske, lahko takšno obravnavo doživi kot še dodatno potrjevanje njegovega brez vrednostnega položaja in nepopolnosti, kar poglobi njegovo stisko. Strah, ki ga je študentka občutila ob pričanju takega ravnanja, lahko pomeni, da se je zavedala nepopolnosti sistema, pomanjkanja podpore ali nevednosti o tem, kako ravnati s pacienti, ki se znajdejo v čustvenem turbulentnem stanju. Taka izkušnja ponazarja, kako pomembno je, da zdravstveni delavci razumejo vpliv svojih dejanj na paciente in se zavedajo čustvenih posledic, ki jih lahko povzročijo. Prav tako izpostavlja nujnost izobraževanja in usposabljanja, ki omogoča boljšega razumevanja čustvenih potreb pacientov ter zagotavlja ustrezno obvladovanje napetih in stresnih situacij.

Š10-Ž/OZ: »V tistem trenutku sem čutila stisko pacienta in se počutila nemočno ob početju zaposlenega. Tudi sama sem občutila ponižanje in strah ter nemoč, ki ga je pacient doživel.«

Tabela 5: Podkategorije in kode (Počutje študentov)

PODKATEGORIJA	KODE
Počutje študentov	Ogroženost – strah – neprijetno – stiska – ponižanje

3.5 RAZPRAVA

Diplomsko delo obravnava zaznavanje varnostnih odklonov nasilja med študenti zdravstvene nege med njihovim kliničnim usposabljanjem na področju duševnega zdravja in psihiatrije. Tema je izjemno aktualna, saj soočanje z nasiljem v zdravstvenih ustanovah, še posebej v kliničnih okoljih na področju psihiatrije in duševnega zdravja, predstavlja velik izziv ne samo za študente, ampak tudi za zaposlene in zdravstvene ustanove na splošno. Varnostni odkloni, kot so ignoriranje pacientovih potreb, verbalno nasilje in nepotrpežljivost, so problematični tako za varnost kot za kakovost oskrbe pacientov. Cilj diplomskega dela je bil raziskati, katere vrste varnostnih odklonov zaznavajo študenti zdravstvene nege med kliničnim usposabljanjem in kako se nanje

odzivajo med kliničnim usposabljanjem na področju duševnega zdravja in psihiatrije. Zanimalo nas je tudi, kako je treba medosebni odnos med pacientom z duševno motnjo in izvajalci zdravstvene nege na novo definirati.

Na področju duševnega zdravja in psihiatrije so varnostni odkloni še posebej pereči, saj so pacienti pogosto ranljivi zaradi svojih duševnih stanj, ki lahko otežijo komunikacijo in sodelovanje z zdravstvenimi delavci (Bole, 2017). V raziskavi Kvas in Seljak (2015) so študenti med kliničnim usposabljanjem poročali o različnih oblikah neprimerne vedenja s strani zdravstvenega osebja, kot so ignoriranje pacientovih potreb, verbalno nasilje, nepotrpežljivost, pomanjkanje empatije in neustrezno obravnavanje pacientov. Takšni odkloni se pogosto pojavijo, ko zdravstveni delavci ne vzpostavijo primerne oziroma prilagojene komunikacije s pacienti ali pa ne posvečajo dovolj pozornosti njihovim čustvenim in fizičnim potrebam (Kvas & Seljak, 2015).

V prvem raziskovalnem vprašanju smo želeli ugotoviti varnostne odklone, ki kažejo na neprimeren medosebni odnos med pacienti z duševno motnjo in izvajalci zdravstvene nege, ki so jih zaznali študenti med kliničnim usposabljanjem na področju duševnega zdravja in psihiatrije. Med varnostnimi odkloni, ki jih navajajo študenti, je pogosto omenjeno ignoriranje pacientovih potreb. To se lahko kaže v obliki neodzivanja na pacientove zahteve, zanemarjanja njihovih čustvenih ali fizičnih potreb, nespoštovanja pacientov, kršenja temeljnih človekovih pravic, zlorabi moči močnejši nad šibkejšim, pomanjkljiv nadzor, neprimerni postopki omejevanja ter pomanjkanja empatije. Študenti so v raziskavi prav tako izpostavili nepotrpežljivost, neprimeren odnos in verbalno nasilje, ki vključuje žaljive ali grobe besede, ki jih zdravstveni delavci izrečejo pacientom. Verbalno nasilje je pogosto rezultat stresa in izgorelosti med zdravstvenimi delavci, ki se soočajo z zahtevnimi in kompleksnimi primeri na področju psihiatrije (Kvas & Seljak, 2015). Raziskava prav tako ni vključevala analize vzrokov za nasilje, vendar pa je iz druge raziskave (Pitts & Schiller, 2020) razvidno, da je eden glavnih vzrokov za varnostne odklone pomanjkanje usposobljenih zdravstvenih delavcev na področju zdravstvene nege v psihiatriji. Stres, povezan z delom, je še en pomemben dejavnik, saj zdravstveni delavci pogosto delajo v izjemno napornih in čustveno obremenjujočih razmerah. Poleg tega so pacienti z duševnimi motnjami pogosto stigmatizirani, kar lahko vodi v neprimerno

obravnavo s strani zdravstvenega osebja. Torej Pitts in Schaller (2020) ugotavljata, da so najpogostejši vzroki za tovrstno vedenje izgorelost med zaposlenimi v zdravstvu, pomanjkanje kadra, slaba komunikacija med zaposlenimi ter neustrezno ravnanje z alkoholiziranimi pacienti ali pacienti z duševnimi motnjami. Kljub temu so raziskave o nasilju večinoma usmerjene v iskanju dejavnikov pacientov, ki povzročajo nasilje. Tako Politano s sodelavci (2020) poudarjajo, da verbalno nasilje pogosteje izvajajo pacienti, njihovi družinski člani ali spremljevalci, medtem ko agresivno fizično nasilje večinoma izvaja skupina pacientov s kognitivnimi ali duševnimi motnjami ter pacienti z zgodovino zlorabe alkohola ali prepovedanih drog. V raziskavi (Jakobsson, et al., 2020) so ugotovili tudi razlike glede na spol in starost. Ugotovljeno je bilo, da so zaposleni zdravstveni delavci moškega spola bolj izpostavljeni verbalnemu nasilju kot ženske, tveganje za izpostavitve nasilju pa naj bi se s starostjo zaposlenih v zdravstvu zmanjševala. Kljub dobro raziskanim dejavnikom za izkazano nasilje s strani pacienta pa nasilja v psihiatričnih bolnišnicah do sedaj še nismo izkoreninili oziroma ga nikakor ne moremo preprečiti – torej obstajajo še nekateri drugi dejavniki, ki jih danes še ne poznamo ali pa jim posvečamo premalo pozornosti. Primerna kultura tako imenovane “nenasilne” organizacije, kjer zaposleni gradijo s pacientom kakovosten medosebni odnos, sta torej ključna, da preprečimo nasilje v psihiatričnih bolnišnicah (Espinoza, 2015; Bregar, et al. 2018). Podobno trdi tudi Černoga s sodelavci (2014), ki pravi, da je odgovornost za pojavnost nasilja predvsem na strani organizacije in zaposlenih – bistveno je preprečevanje nasilja in samopoškodb. Zaposleni pa morajo biti zato strokovno usposobljeni in se nenehno izobraževati o obravnavi duševnih motenj, kriznih intervencijah in tehnikah komuniciranja, saj lahko le tako zagotovijo varno in spoštljivo okolje.

Varnostni odkloni, ki se pojavljajo med pacienti z duševnimi motnjami in izvajalci zdravstvene nege, so kritičnega pomena za kakovost oskrbe na področju duševnega zdravja. Študenti zdravstvene nege, ki se med kliničnim usposabljanjem soočajo s temi situacijami, so pogosto v položaju, da prvi opazijo neprimerne medosebne odnose, kar jih postavi pred različne etične in profesionalne izzive. Študenti zdravstvene nege so v edinstvenem položaju, saj so še vedno v procesu izobraževanja in imajo omejeno strokovno znanje ter izkušnje, zato so bolj občutljivi na neprimerne medosebne odnose.

Vendar pa se tudi sami soočajo z izzivi, kot so pomanjkanje podpore in mentorstva, ki bi jim pomagalo prepoznati in ustrezno reagirati na tovrstne situacije. Razprava o teh odklonih ter odzivih študentov je ključna za izboljšanje izobraževanja in prakse v zdravstveni negi. Študenti med kliničnim usposabljanjem na področju duševnega zdravja in psihiatrije poročajo o različnih oblikah neprimerne medosebnega odnosa med pacienti in izvajalci zdravstvene nege. Ti varnostni odkloni se lahko kažejo v obliki verbalnih in neverbalnih konfliktov, pomanjkanja empatije ali neupoštevanja pacientovih potreb in pravic. Eden najpogostejših primerov je pomanjkanje učinkovite komunikacije, kjer zdravstveni delavci bodisi ignorirajo bodisi neustrezno odgovarjajo na čustvene ali fizične potrebe pacientov (Jakobsson, et al., 2020), kar pa je pokazala tudi naša analiza intervjujev. Tovrstni odkloni lahko izvirajo iz različnih razlogov, med katerimi so pomanjkanje ustreznega usposabljanja na področju zdravstvene nege na področju duševnega zdravja in psihiatrije, visoka stopnja stresa pri zaposlenih ter stigmatizacija pacientov z duševnimi motnjami. Študenti pogosto zaznajo, da zdravstveni delavci pacientov z duševnimi motnjami niso vedno pripravljene obravnavati kot enakovredne sogovornike, kar vodi do neprimerne odnosa, ki lahko poslabša pacientovo stanje (Pitts & Schaller, 2020).

Čeprav ne smemo mimo dejstva, da so žrtve nasilja tudi zaposleni zdravstveni delavci, med vsemi izpostavljeni celo najbolj zaposleni v zdravstveni negi na področju duševnega zdravja in psihiatrije (Bojič, et al., 2016), so le-ti poročali o resnem fizičnem nasilju in številnih različnih vrstah ogrožajočih situacij. Nasilje je bilo v teh okoljih pogosto, saj je skoraj polovica anketiranih zaposlenih v zdravstveni negi poročalo o izkušnji nasilja na delovnem mestu v obdobju zadnjih šestih mesecev (Hylén, et al., 2018).

V drugem raziskovalnem vprašanju nas je zanimalo, kako se študenti odzivajo na zaznane varnostne odklone, ki kažejo na neprimeren medosebni odnos med pacienti z duševnimi motnjami med kliničnim usposabljanjem na področju duševnega zdravja in psihiatrije. Študenti se na zaznane varnostne odklone odzivajo različno, odvisno od njihovega strokovnega znanja, izkušenj in podpore mentorjev. Velikokrat se znajdejo v dilemi, ali naj ukrepajo ali pa se umaknejo iz situacije. Eden od razlogov, zakaj študenti morda ne ukrepajo, je strah pred posledicami, ki bi jih lahko doleteli, če bi opozorili na neprimerno

vedenje, zlasti kadar gre za njihove nadrejene ali mentorje. Prav tako lahko pomanjkanje samozavesti in izkušenj vpliva na njihovo odločitev, da se ne odzovejo (Hylén, et al., 2018).

Tisti študenti, ki se odločijo ukrepati, pogosto to storijo na diskreten način, bodisi s posvetovanjem z mentorji bodisi s prijavo dogodkov vodstvu oddelka, nekateri želijo zaščititi pacienta, poročajo tudi o hitrem ukrepanju, želijo zagotoviti varnost vseh udeleženi in se o dogodkih pogovarjati ali opozoriti zaposlenega o neprimernem dogodku. Vendar pa pomanjkanje jasnih smernic in podpornih mehanizmov pogosto pomeni, da se takšni primeri ne obravnavajo ustrezno, kar lahko vodi v občutek nemoči in frustracije pri študentih. Zato je ključnega pomena, da se razvijejo jasne smernice za obravnavo varnostnih odklonov, ki vključujejo tudi zaščito študentov, ko ti poročajo o težavah. Mentorstvo igra ključno vlogo pri pripravi študentov na soočanje z varnostnimi odkloni (Price, et al., 2015). Študenti, ki imajo močno podporo mentorjev, so bolj samozavestni in bolje pripravljeni na soočenje z izzivi v kliničnem okolju. Mentorji lahko študentom pomagajo prepoznati varnostne odklone, nudijo čustveno in strokovno podporo ter jih vodijo skozi proces reševanja konfliktov ali nasilnih situacij. Prav tako lahko mentorji služijo kot vzor, saj s svojim vedenjem in ravnanjem vplivajo na to, kako se študenti učijo obvladovati stresne situacije (Heckemann, et al., 2015). V naši raziskavi so se študentje srečevali predvsem z občutkom nemoči. Poročajo o tem, da jim je bilo neprijetno in da so želeli ugoditi pacientovi želji. Poročali so o strahu, občutku ogroženosti, stiski, ponižanju, počutili so se neprijetno.

Da bi zmanjšali varnostne odklone in neprimerne medosebne odnose, je nujno, da se v izobraževalni sistem vključijo vsebine, ki študente pripravijo na tovrstne izzive. Z izobraževanjem, ki temelji na empatiji, spoštovanju človekovih pravic in etičnih načel na področju duševnega zdravja in psihiatrije, se lahko študenti bolje pripravijo na obravnavo pacientov z duševnimi motnjami. Prav tako je pomembno, da so mentorji in izvajalci zdravstvene nege usposobljeni za prepoznavanje in preprečevanje varnostnih odklonov ter za ustvarjanje okolja, kjer so pacienti obravnavani z dostojanstvom in spoštovanjem (Tse, et al., 2016).

Iz raziskave Hylén, et al. (2018), prav tako v okolju psihiatričnih bolnišnic, se zdi, da zaposleni v zdravstveni negi raje uporabljajo najmanj restriktivne tehnike, kadar je to mogoče, vendar se znanje o teh tehnikah razlikuje med posameznimi zaposlenimi. Kljub dejstvu, da so bile tehnike deeskalacije pogosto uporabljene, se zdi, da je ozaveščenost o samem konceptu nizka. Čeprav je umiritev priporočljiva (National Institute for health and care excellence (NICE), 2015) je bilo težko dokazati, da usposabljanje zmanjša število nasilnih incidentov (Price, et al., 2015; Heckemann, et al., 2015). Lahko pa izobraževanje izvajalcev v zdravstveni negi o agresiji zagotovi znanje in samozavest za obvladovanje agresije (Price, et al., 2015). S pravočasnim in učinkovitim reševanjem lahko varnostni odklon obravnavamo tudi kot skupen problem, ki ga je treba rešiti skupaj s pacienti, s čimer se ustvarita zaupanje in varnost (Price, et al., 2015). Usposabljanje o obvladovanju nasilja je treba podpreti na organizacijski ravni, da bi spodbudili kulturo sprememb v smeri perspektive, ki temelji na moči, in bolj na osebo osredotočenega procesa oskrbe (Tse, et al., 2016).

Prav tako je bistvena vzpostavitev sistema podpore, kjer imajo študenti varno okolje za izražanje svojih skrbi in izkušenj. To vključuje redno refleksijo, supervizijo in možnost anonimnega poročanja o zaznanih varnostnih odklonih. Takšna podpora bi lahko pomagala pri zmanjšanju stresa in negotovosti, s katerimi se soočajo študenti med kliničnim usposabljanjem, ter bi spodbujala k bolj odgovornemu in učinkovitemu ukrepanju ob zaznavi odklonov (Price, et al., 2015).

Varnostni odkloni, ki kažejo na neprimeren medosebni odnos med pacienti z duševnimi motnjami in izvajalci zdravstvene nege, so skrb vzbujajoč pojav, ki ga študenti pogosto zaznajo med kliničnim usposabljanjem. Njihovi odzivi na te situacije so pogosto omejeni zaradi pomanjkanja samozavesti, podpore ali jasnih smernic. Da bi izboljšali kakovost zdravstvena obravnava in varnost pacientov, je potrebno več poudarka na izobraževanju, mentorstvu in podpornih sistemih, ki študentom omogočajo, da se ustrezno odzovejo na zaznane varnostne odklone. Sistematična obravnava varnostnih odklonov je nujna za zagotovitev, da se pacientom z duševnimi motnjami nudi kakovostna, varna in spoštljiva zdravstvena obravnava (Bojič, 2016).

3.5.1 Omejitve raziskave

Med izvedbo raziskave smo naleteli na več težav. Zelo težko smo pridobili študente, ki so bili pripravljene poročati o varnostnih odklonih, čeprav smo jim zagotovili anonimnost. K sodelovanju se je odzvalo več študentk kot študentov, ki so na splošno opažali manj odklonov. Opažamo tudi, da se študentje med seboj pogovarjajo o odklonih, ki so jih zaznali na klinični praksi, a si iz različnih vzrokov o njih ne upajo poročati dalje.

3.5.2 Prispevek za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Varnostni odkloni, ki kažejo na neprimeren medosebni odnos med pacienti z duševnimi motnjami in izvajalci zdravstvene nege, so skrb vzbujajoč pojav, ki ga študenti pogosto zaznajo med kliničnim usposabljanjem. Njihovi odzivi na te situacije so pogosto omejeni zaradi pomanjkanja samozavesti, podpore ali jasnih smernic. Da bi izboljšali kakovost oskrbe in varnost pacientov, je potrebnega več poudarka na izobraževanju, mentorstvu in podpornih sistemih, ki študentom omogočajo, da se ustrezno odzovejo na zaznane varnostne odklone. Sistematična obravnava varnostnih odklonov je nujna za zagotovitev, da se pacientom z duševnimi motnjami nudi kakovostna, varna in spoštljiva zdravstvena obravnava. Protokol o poročanju varnostnih odklonov nasilja nad pacienti v bolnišnicah določa enotne smernice za vse bolnišnice z namenom zagotavljanja varnega, spoštljivega in zaupanja vrednega okolja za paciente ter osebje. Protokol obravnava nasilje v vseh oblikah, vključno s fizičnim, verbalnim, psihološkim nasiljem in zanemarjanjem ter omogoča prijavo varnostnih odklonov s strani študentov, osebja ali prič. Prijava bi potekala prek standardiziranega obrazca, elektronskega sistema ali neposredno odgovornim osebam, pri čemer se zagotavljata anonimnost in zaščita prijavitelja pred povračilnimi ukrepi. Komisija za varnost pacientov preiskuje prijave, ukrepa za zaščito pacientov in izvaja disciplinske postopke, prijavitelje pa obvešča o rezultatih. Protokol poudarja pomen rednega izobraževanja, ozaveščanja ter spremljanja trendov za izboljšanje varnosti pacientov in preprečevanje prihodnjih odklonov, s ciljem vzpostavitve trajnostne kulture varnosti in spoštovanja pravic pacientov v vseh zdravstvenih ustanovah.

4 ZAKLJUČEK

Zaključek te raziskave poudarja pomen prepoznavanja in obvladovanja varnostnih odklonov, s katerimi se študenti zdravstvene nege soočajo med kliničnim usposabljanjem na področju duševnega zdravja in psihiatrije. Študenti pogosto zaznavajo odklone, ki segajo od ignoriranja potreb pacientov, neprimernega vedenja in verbalnega nasilja do kršitev etičnih načel in profesionalnih standardov. Ti odkloni ne vplivajo zgolj na študente, temveč tudi razkrivajo ranljivost pacientov ter pomen ustreznega odziva zdravstvenih delavcev. Prepoznavanje in obvladovanje teh situacij je ključno za zagotavljanje kakovostne oskrbe pacientov, ki temelji na spoštovanju, empatiji in strokovnosti.

Med kliničnim usposabljanjem se študenti pogosto soočajo z moralnimi in profesionalnimi dilemami, kot so konflikti med lastnimi vrednotami, zahtevami mentorjev in potrebami pacientov. Te situacije lahko pri študentih povzročijo negotovost, stres in občutek nemoči. Zato je ključnega pomena, da imajo študenti dostop do ustrezne podpore mentorjev, ki lahko nudijo usmerjanje, strokovno svetovanje in pomoč pri razumevanju kompleksnih situacij. Mentorji igrajo osrednjo vlogo pri oblikovanju študentovih kompetenc, saj jih spodbujajo k refleksiji, razvijanju kritičnega razmišljanja ter krepitvi samozavesti.

Jasno opredeljene smernice so nepogrešljive za preprečevanje in obravnavo varnostnih odklonov. Te smernice morajo vključevati postopke za poročanje odklonov, mehanizme za njihovo obravnavo ter izobraževalne module, ki zdravstvenim delavcem in študentom omogočajo pridobivanje znanj in veščin za soočanje z nasiljem ali neprimernim vedenjem v psihiatričnih ustanovah. S tem lahko zmanjšamo tveganje za pojav odklonov in hkrati izboljšamo kakovost interakcij med osebjem in pacienti.

Mentorstvo, izobraževanje in sistematična podpora so ključni dejavniki, ki lahko izboljšajo študentovo pripravljenost na delo v zahtevnem kliničnem okolju. Poleg teoretičnih znanj je pomembno, da študenti pridobijo tudi praktične veščine, kot so tehnike komunikacije, obvladovanja konfliktov in reševanja kriznih situacij.

Usposabljanje mora vključevati tudi teme, povezane z etičnimi vprašanji, pravicami pacientov in profesionalnimi standardi, saj te vsebine pomagajo oblikovati študentovo etično zavest in profesionalni odnos.

Za dolgoročno izboljšanje kakovosti oskrbe v psihiatričnih ustanovah je nujno vlagati v nenehno izobraževanje študentov in zdravstvenih delavcev. Organizacija usposabljanj, delavnic in simulacij na temo ravnanja s pacienti z duševnimi motnjami lahko prispeva k boljšemu razumevanju njihovih potreb ter k večji empatičnosti in strokovnosti. Takšna izobraževanja prav tako pomagajo zmanjšati stres in negotovost, ki ju ob soočanju z varnostnimi odkloni pogosto doživljajo tako študenti kot tudi zdravstveno osebje.

Raziskava kaže, da so varnostni odkloni pogosto rezultat sistemskih pomanjkljivosti, zato je za njihovo obvladovanje ključno izboljšanje organizacijske kulture in delovnega okolja. To vključuje spodbujanje odprte komunikacije, krepitev medosebnih odnosov in vzpostavitev varnega okolja, kjer se študenti in zaposleni lahko brez strahu pogovarjajo o svojih izkušnjah ter predlagajo izboljšave. Z zagotavljanjem teh pogojev je mogoče ne le povečati kakovost oskrbe pacientov, temveč tudi izboljšati učenje in profesionalno rast študentov.

Le s celostnim pristopom, ki združuje mentorstvo, izobraževanje, sistematično podporo in izboljšave organizacijskih procesov, lahko zagotovimo varno, spoštljivo in kakovostno oskrbo za paciente ter obenem ustvarimo pogoje, ki omogočajo študentom uspešno premagovanje izzivov kliničnega usposabljanja. Tak pristop prispeva k boljši prihodnosti zdravstvene nege, kjer se bodo varnost pacientov in dobrobit zdravstvenih delavcev vedno postavljali v ospredje.

5 LITERATURA

Alameddine, M., Mourad, Y. & Dimassi, H., 2015. A national study on nurses' exposure to occupational violence in Lebanon: Prevalence, consequences and associated factors. *PLOS ONE*, 10(9), pp.1-13.

American Accreditation Commission International (AACI), 2018. *Certification*. [online] Available at: <http://aacihealthcare.com/services/certification/> [Accessed 8 January 2024].

Ammouri, A.A., Tailakh, A.K., Muliira, J.K., Geethakrishnan, R. & Al Kindi, S.N., 2015. Patient safety culture among nurses. *International Nursing Review*, 61(1), pp. 102-110.

Azyabi, A., Karwowski, W., Hancock, P., Wan, T.T.H. & Elshennawy, A., 2022. Assessing Patient Safety Culture in United States Hospitals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), p. 2353. 10.3390/ijerph19042353.

Babiarczyk, B., Turbiarz, A., Tomagova, M., Zelenikova, R. & Önler, E., 2020. Reporting workplace violence towards nurses in 5 European countries – a cross-sectional study. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 33(3), pp. 325-338.

Blagojević, S., Peterka Novak, J. & Ameti, M., 2015. Varnost in usposobljenost za delo s pacienti z nasilnim vedenjem. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *8. mednarodna znanstvena konferenca: Zdravstvene stroke in njihov odziv na zdravstvene potrebe družbe: na dokazih podprto in usklajeno delovanje. Bled, 11.–12. junij 2015*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice, p. 342.

Bojič, 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.

Bole, U., 2017. Uveljavljanje ničelne tolerance do nasilja v zdravstvenem sistemu. In: D. Lončar & B. Bregar, eds. *Zagotavljanje delovnega okolja brez nasilja za zaposlene in paciente v zdravstvenem sistemu. Ničelna toleranca do nasilja: zbornik strokovnih prispevkov z recenzijo. Otočec, oktober 2017*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, p. 8.

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. *BioMed Central Psychiatry*, 18(1), pp. 1-10.

Cornaggia, C., Beghi, M., Pavone, F. & Barale, F., 2011. Aggression in psychiatry wards: A systematic review. *Psychiatry Research*, 189(1), pp. 10-20.

Černoga, A., Dernovšek, M.Z. & Gomišček, B., 2014. Dokumentiranje incidentov v psihiatrični zdravstveni negi. In: N. Kregar Velikonja & M. Blažič, eds. *Celostna obravnava pacienta v zdravstvenem in socialnem varstvu: zbornik prispevkov. Mednarodna znanstvena konferenca. Novo mesto, 14. november 2014*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede Novo mesto, pp. 97-107.

Deriushkin, V., Gatsura, O. & Gatsura, S., 2021. The phenomenon of patient aggression according opinion of medical practitioner. *Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniia i istorii meditsiny*, 29(5), pp. 1132-1137.

Diz, A.B.M. & Lucas, P.R.M.B., 2022. Hospital patient safety at the emergency department - a systematic review. *Cien Saude Colet*, 27(5), pp. 1803-1812.

Durmus, S.C., Topcu, I. & Yildirim, A., 2018. Mobbing behaviors encountered by nurses and their effects on nurses. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), pp. 905-913.

Du, M., Wang, X. & Yin, S., 2017. De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4(1), pp. 1-19.

Edward, K., Stephenson, J., Ousey, K., Lui, S., Warelou, P. & Giandinoto, J., 2016. A systematic review and meta-analysis of factors that relate to aggression perpetrated against nurses by patients/relatives or staff. *Journal of clinical nursing*, 25(3-4), pp. 289-99.

Escribano, R.B., Beneit, J. & Garcia, J.L., 2019. Violence in the workplace: some critical issues looking at the health sector. *Heliyon*, 5(3), pp. 1-9. 10.1016/j.heliyon.2019.e01283.

Espinoza, L., Harris, B., Frank, J., Armstrong-Muth, J., Brous, E. & Moran, J., 2015. Milieu improvement in psychiatry using evidence-based practices: The long and winding road of culture change. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(4), pp. 202-207.

Fiseković, M.B., Trajković, G.Z., Bjegović – Mikanović, V.M. & Terzić – Šupić, Z.J., 2015. Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. *European Journal of Public Health*, 25(4), pp. 693-698.

Flynn, J., 2019. Workplace violence prevention: liability recommendations. *The Journal of Legal Nurse Consulting*, 30(2), pp. 24-29.

Gartshore, E., Waring, J. & Timmons, S., 2017. Patient safety culture in care homes for older people: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 17, p. 752. 10.1186/s12913-017-2713-2.

Gillespie, G.L., Gates, D.M. & Fisher, B.S., 2015. Individual, relationship, workplace and societal recommendations for addressing healthcare workplace violence. *Work*, 51(1), pp. 67-71.

Guttman, O.T., Lazzara, E.H., Keebler, J.R., Webster, K.L.W., Gisick, L.M. & Baker, A.L., 2021. Dissecting Communication Barriers in Healthcare: A Path to Enhancing

Communication Resiliency, Reliability, and Patient Safety. *Journal of Patient Safety*, 17(8), pp. 1465-1471. 10.1097/PTS.0000000000000541.

Hartley, D., Ridenour, M., Craine, J. & Morrill, A., 2015. Workplace violence prevention for nurses on-line course: Program development. *Work*, 51(1), pp. 79-89.

Heckemann, B., Heckemann, B., Zeller, A., Hahn, S., Dassen, T., Schols, J. & Halfens, R., 2015. The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting. A narrative review of current literature. *Nurse education today*, 35(1), pp. 212-219.

Hylén, U., Kjellin, L., Pelto-Piri, V. & Warg, L.E., 2018. Psychosocial work environment within psychiatric inpatient care in Sweden: violence, stress, and valueincongruence among nursing staff. *International Journal Mental Health Nursing*, 27(3), pp. 1086-1098.

Jakobsson, J., Axelsson, M. & Ormon, K., 2020. The face of workplace violence: Experiences of healthcare professionals in surgical hospital wards. *Nursing research and practice*, 1(2), pp. 23-26.

Kadivec, S., 2019. Pogovori o varnosti v sistemu izboljševanja kakovosti. In: B. Putar, ed. *1. dan kakovosti BT, Preteklost-sedanost-prihodnost v zdravstvu. Topolšica, 7. junij 2019*. Terme Topolšica: Bolnišnica Topolšica, pp. 44-48.

Kim, E., Choi, H. & Ju, Y.Y., 2020. Who cares for visiting nurses? Workplace violence against home visiting nurses from public health centers in Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), pp. 1-40.

Krahe B., 2017. Violence against women. *Current Opinion in Psychology*, 19, pp. 6-10.

Kramar, Z., 2022. *Kakovost in varnost v zdravstvu: priročnik*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Kvas, A. & Seljak, J., 2015. Source of workplace violence against nurses. *Work*, 52(1), pp. 177-184.

Marcus, C.S., Hermann, R., Frankel, M. & Cullen S.W., 2017. Safety of psychiatric inpatients at the veterans health administration. *Psychiatric Services*, 69(2), pp. 204-210.

Mesec, B., 2023. *Kvalitativno raziskovanje v teoriji in praksi*. Ljubljana: Inštitut za razvojne in strateške analize.

Ministrstvo za zdravje, 2022. *Varnost zdravstvenega varstva*. [online] Available at: <https://www.gov.si teme/varnost-zdravstvenega-varstva/> [Accessed 13 February 2024].

Mohd Kamaruzaman, A.Z., Ibrahim, M.I., Mokhtar, A.M., Mohd Zain, M., Satiman, S.N. & Yaacob, N.M., 2022. Translation and validation of the Malay revised second victim experience and support tool (M-SVEST-R) among healthcare workers in Kelantan, Malaysia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(4), pp. 1-16.

National Institute for health and care excellence (NICE), 2015. *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings*. [online] Available at: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-pdf-1837264712389> [Accessed 10 February 2024].

Occupational Safety and Health Administration (OSHA), 2016. *Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and social service workers*. U.S. Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration. [online] Available at: <https://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf> [Accessed 9 February 2024].

Pitts, E. & Schaller, D., 2020. *Violent patients*. Mt Pleasant: Central Michigan University.

Płaszewska-Żywko, L., Podstawa, M., Milan, H., Wojnar-Gruszka, K. & Segal, A., 2019. Occurrence of patients' aggressive behaviours towards nurses and paramedics. *Nursing Problems*, 27(3-4), pp. 144-148.

Politano, G., Viottini, E. & Giano, M., 2020. Determinates of aggression against all health care workers in large-sized university hospital. *BMC Health Services Research*, 20(1), pp. 1-9.

Price, M.E., Brown, S., Dukes, A. & Kang, J., 2015. Bodily attractiveness and egalitarianism are negatively related in males. *Evolutionary Psychology*, 13, pp. 140-166.

Prislan, K., Lobnikar, B., Gabrovec, B., Albreht, T., Jelenc, M., Kršič, I., Macur, M. & Selak, Š., 2019. *Raziskovalno poročilo: razširjenost agresivnosti nad zaposlenimi v zdravstvu in analiza njihovih stališč*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Robida, A., 2018. Napake v zdravstvu - kako gledamo na napake, poimenovanje napak, kako napake nastanejo u. In S. Sterle & M. Petelin, eds. *Kakovost v zdravstvu. 20. srečanje sekcije za kakovost: 10. maj 2018*. Ljubljana: Sekcija za kakovost v zdravstvu pri SZD, pp. 70-80.

Rodziewicz, T.L., Houseman, B. & Hipskind, J.E., 2023. *Medical error reduction and prevention*. StatPearls Publishing. [online] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/> [Accessed 12 February 2024].

Shafran-Tikva, S., Zelker, R., Stern, Z. & Chinitz, D., 2017. Workplace violence in a tertiary care Israeli hospital- a systemic analysis of the types of violence, the perpetrators and hospital departments. *Israel Journal Health Policy*, 6(1), pp.1-10.

Soheili, A., Feizi, A., Rahmani, A., Perizad, N. & Sheykh-Kanlou, J., 2016. The extent, nature and contributing factors of violence against Iranian emergency medical technicians. *Nursing and Midwifery Studies*, 5(3), pp. 1-5.

Tee, S., Üzar Özçetin, Y. & Russell-Westhead, M., 2016. Workplace violence experienced by nursing students: A UK survey. *Nurse Education Today*, 41, pp. 30-35.

Tse, S., Tsoi, E., Hamilton, B., O'Hagan, M., Shepherd, G., Slade, M., Whitley, R. & Petrakis, M., 2016. Uses of strength-based interventions for people with serious mental illness: A critical review. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(3), pp. 281-291.

United States Government Accountability Office, 2016. *Workplace safety and health: Additional efforts needed to help protect healthcare workers from workplace violence*. [pdf] United States Government Accountability Office. Available at: <https://www.gao.gov/assets/680/675858.pdf> [Accessed 12 February 2024].

Vešligaj Damiš, J., 2022. *Strokovna navodila za delo z uporabniki s pridobljeno možgansko poškodbo (interno gradivo)*. Maribor: Center Naprej Maribor.

Vincent, C. & Amalberti, R., 2015. Safety in healthcare is a moving target. *BMJ Quality & Safety*, 24(9), pp. 539-540.

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), pp.1-10.

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), 2005. Uradni list Republike Slovenije št. 34.

Zdravniška zbornica Slovenije, 2019. *Priporočila za preprečevanje nasilnih incidentov: Okvirne usmeritve za zaščito zdravništva na delovnem mestu*. [pdf] Zdravniška zbornica Slovenije. Available at: <https://www.zdravniskazbornica.si/docs/defaultsource/preprecev>

anjenasilja/priporočila-preprečevanje-nasilja-zsscip.pdf?sfvrsn=28883136_10 [Accessed 9 February 2024].

Žilić, M. & Janković, J., 2016. Nasilje. *Katedra za socijalni rad, Socijalne teme*, 1(3), pp. 67-87.

6 PRILOGE

6.1 MERSKI INSTRUMENT

Spoštovani,

sem študentka dodiplomskega študija Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Prosim vas za sodelovanje v raziskavi, ki jo opravljam v sklopu diplomskega dela. V diplomskem delu opravljam raziskavo o prepoznavi odzivov študentov na varnostne odklone nasilja med kliničnim usposabljanjem na področju duševnega zdravja, ki kažejo, da je treba medosebni odnos med pacientom z duševno motnjo in izvajalci zdravstvene nege definirati. Veseli smo, da boste privolili v sodelovanje v raziskavi. Želimo ugotoviti pomen odnosa med izvajalci zdravstvene nege, študenti na kliničnih usposabljanjih in pacienti z duševno motnjo. Vaši odgovori pomenijo neprecenljivo vrednost za kakovostno in učinkovito obravnavo nasilja nad pacienti z duševno motnjo. Pred začetkom intervjuja bi želela poudariti, da na vprašanja ni pravih in nepravilnih odgovorov, v raziskavi želim spoznati vaše izkušnje in mnenje. Sodelovanje v raziskavi je anonimno, vaši odgovori pa bodo uporabljeni zgolj v raziskovalne namene. Za sodelovanje se vam zahvaljujem.

Jusmina Trnjanin

Izjava o prostovoljni privolitvi k sodelovanju v raziskavi

Spodaj podpisani _____ se strinjam za sodelovanje v raziskavi.

Podpis:

DEMOGRAFSKI PODATKI

Izobrazba:

Delovno mesto:

Starost (v letih):

Delovna doba (v letih):

VPRAŠANJA

1. Katere varnostne odklone ste zaznali ob opravljanju klinične prakse v psihiatriji?
2. Kako ste se oziroma bi se odzvali na varnostne odklone, ki kažejo na neprimeren odnos med pacienti in izvajalci zdravstvene nege?
3. Kako lahko opišete svoje počutje ob zaznanem varnostnem odklonu, ki kaže na neprimeren odnos med pacienti in izvajalci zdravstvene nege?
4. Kaj za vas pomeni nasilje nad pacientom?
5. Kako bi se odzvali, če bi zaznali nasilje, ki ga izvaja zaposleni nad pacientom?