



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

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**ANALIZA LESTVICE ODKRITE AGRESIJE
IN BROSET LESTVICE NASILNEGA
VEDENJA ZA OBDOBJE 2018–2021 V
UNIVERZITETNI PSIHIATRIČNI KLINIKI
LJUBLJANA – ŠTUDIJA PRIMERA**

**ANALYSIS OF THE OVERT AGGRESSION
SCALE AND THE BROSET VIOLENCE
CHECKLIST FOR THE 2018–2021 PERIOD IN
THE UNIVERSITY PSYCHIATRIC
HOSPITAL LJUBLJANA – CASE STUDY**

Mentor: doc. dr. Branko Bregar
Somentorica: dr. Jožica Peterka Novak, viš. pred.

Kandidat: Rok Hatze

Ljubljana, november, 2023

ZAHVALA

Iskreno se zahvaljujem mentorju doc. dr. Branku Bregarju za strokovno usmerjanje, spodbudo, nasvete, ki so vzpodbujali napredek pri razmišljanju in potrpežljivost pri nastajanju magistrskega dela. Prav tako se zahvaljujem somentorici dr. Jožici Peterka Novak, viš. pred., za nasvete in vso podporo tekom študija.

Zahvala tudi recezentkama, prof. dr. Vesni Švab in doc. dr. Mojci Dobnik, ki sta magistrsko delo z recenzijama naredili še kakovostnejše.

Posebej bi se rad zahvalil mami Tatjani in očetu Branetu za vso podporo ter predvsem zato, ker vedno verjameta vame in me bodrita.

Hvala tudi lektorici dr. Petri Kunc, prof. slo., za lektoriranje magistrskega dela.

Hvala vsem prijateljem, ki so me podpirali. Posebno sem hvaležen Urošu za vso podporo in neizmerno prilagodljivost pri nastajanju magistrskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Pojav nasilja v zdravstveni negi je pojav, ki narašča. Še posebej velja to za področje psihiatrije. Zagotavljanje varnosti in preprečevanje nasilnega vedenja je na področju psihiatrije ena izmed pglavitnih nalog. Pri tem lahko pomagajo strukturirana orodja, kot sta lestvici OAS in BVC.

Cilj: Cilj magistrskega dela je bil ugotoviti pojavnost različnih oblik nasilnega vedenja s strani pacientov s pomočjo lestvice OAS/BVC ter razumeti razmišljanje zaposlenih o nasilnem vedenju ter uporabnosti lestvice OAS/BVC.

Metoda: Izvedena je bila mešana metoda raziskovanja. V kvantitativnem delu je vzorec zajemal 4876 lestvic v obdobju med leti 2018 in 2021. V kvalitativnem delu je bilo intervjuvanih sedem zaposlenih v zdravstveni negi in medicini. Za analizo podatkov je bila uporabljena opisna, bivariatna in multivariatna statistika. Metoda analize vsebine je bila uporabljena za analizo kvalitativnih empiričnih podatkov.

Rezultati: Po lestvici OAS je bilo prisotnega največ nasilnega vedenja v kategoriji besedne agresije (n = 8977; 57,1 %), heteroagresivno vedenje (n = 3931; 25,0 %), agresivno vedenje do predmetov (n = 2126; 13,5 %). Po lestvici OAS je bilo izvedenih 14574 intervencij, najpogostejši izvedeni sta bili intervenciji pogovor s pacientom (n = 4632; 95,11 %) in pozornejše opazovanje pacienta (n = 3998; 82,09 %). Najvišja povprečna letna ocena na lestvici BVC je znašala v letu 2021 (PV = 4,94), sledi leto 2018 (PV = 4,78), 2019 (PV = 4,73) ter 2020 (PV = 4,61). Zaposleni so v kvalitativnem delu izpostavili mnoge stiske ob soočanju z nasilnim vedenjem in problem prevelike tolerance nasilnega vedenja.

Razprava: Vzroki za nasilno vedenje pacientov so številni in kompleksni. Zaposlene v zdravstveni negi bi bilo treba opremiti s širokim znanjem iz strategij preprečevanja in strategij soočanja z nasilnim vedenjem.

Ključne besede: nasilje pacientov, zdravstvena nega v psihiatriji, lestvica odkrite agresije, Broset lestvica nasilnega vedenja, duševne motnje

SUMMARY

Theoretical background: Violence in nursing care is a growing phenomenon, particularly in the field of psychiatry. Ensuring safety and preventing violent behaviour is one of the main tasks in the field of psychiatry. Tools such as OAS and BVC scales can help with such prevention.

Goals: The aim of this master's thesis is to determine the prevalence of various forms of violent behaviour by patients through the use of the OAS/BVC scale and to understand the staff's perceptions of such behaviour and the usefulness of the OAS/BVC scale.

Methods: A mixed research method was applied. The sample consisted of 4,876 scales from between the years of 2018 and 2021 and 7 nursing and medical staff members were interviewed. Descriptive, bivariate, and multivariate statistics were used to analyse the data. The content analysis method was used to analyse the qualitative empirical data.

Results: According to the OAS scale, the most prevalent violent behaviours were present in the category of verbal aggression (n = 8977; 57.1 %), heteroaggressive behaviour (n = 3931; 25.0 %) and aggressive behaviour towards objects (n = 2126; 13.5 %). According to the same scale, 14574 interventions were performed with the most common intervention being talking to the patient (n = 4632; 95.11 %) and observing the patient more closely (n = 3998; 82.09 %). The highest mean annual score on the BVC scale was recorded in 2021 (AV = 4.94), followed by 2018 (AV = 4.78), 2019 (AV = 4.73) and 2020 (AV = 4.61). In the qualitative part of the study, employees highlighted many of the difficulties they face when dealing with violent behaviour as well as the issue of high tolerance of such behavior.

Discussion: The causes of violent behaviour in patients are numerous and complex. To deal with violent behaviour, nursing staff should have a comprehensive understanding of prevention and coping strategies.

Key words: patient violence, psychiatric nursing, Overt Aggression Scale, Brøset Violence Checklist, mental disorders

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	RAZLIKOVANJE POJMA AGRESIJA IN NASILJE	3
2.2	POJAVNOST NASILNEGA VEDENJA V ZDRAVSTVU IN NA PODROČJU PSIHIATRIJE.....	4
2.2.1	Pojavnost nasilnega vedenja v tujini.....	4
2.2.2	Pojavnost nasilnega vedenja v slovenskem prostoru	6
2.2.3	Vpliv pandemije virusa SARS-CoV-2 na pojavnost nasilnega vedenja v zdravstvu.....	7
2.2.4	Problematika poročanja dogodkov z nasilnim vedenjem s strani zaposlenih v zdravstveni negi.....	8
2.3	POJAVNOST NASILNEGA VEDENJA GLEDE NA DUŠEVNE MOTNJE....	8
2.4	NAPOVEDNI DEJAVNIKI ZA NASILNO VEDENJE	11
2.5	POSLEDICE NASILNEGA VEDENJA.....	17
2.6	PREPREČEVANJE NASILNEGA VEDENJA.....	19
2.7	OCENJEVALNE LESTVICE KOT ORODJE ZA PREPREČEVANJE NASILNEGA VEDENJA	21
2.7.1	Lestvica odkrite agresije – The Overt Aggression Scale	22
2.7.2	Broset lestvica nasilnega vedenja – Brøset Violence Checklist	22
2.7.3	Uporabnost lestvic v klinični praksi	23
3	EMPIRIČNI DEL.....	27
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	27
3.2	RAZISKOVALNE HIPOTEZE IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	27
3.3	METODE RAZISKOVANJA	28
3.3.1	Dizajn raziskave.....	29
3.3.2	Instrument raziskave	29
3.3.3	Udeleženci raziskave	31
3.3.4	Potek raziskave in soglasja	32
3.3.5	Obdelave podatkov	33
3.4	REZULTATI.....	34

3.4.1	Rezultati kvantitativno zasnovanega dela raziskave.....	34
3.4.2	Preverjanje hipotez	39
3.4.3	Rezultati kvalitativno zasnovanega dela raziskave.....	48
3.5	RAZPRAVA.....	64
3.5.1	Lestvica OAS/BVC.....	65
3.5.2	Zaposleni.....	70
3.5.3	Priporočila za nadaljnje delo.....	77
3.5.4	Omejitve raziskave	79
4	ZAKLJUČEK	80
5	LITERATURA	82
6	PRILOGE	
6.1	INSTRUMENT	

KAZALO SLIK

Slika 1: Dejavniki, ki prispevajo k razvoju nasilnega vedenja pacienta	15
Slika 2: Konceptualni model uporabe lestvice BARS.....	25
Slika 3: Trendi posameznega nasilnega vedenja po lestvici OAS po letih	37
Slika 4: Izvedene intervencije po lestvici OAS po letih.....	38
Slika 5: Trendi posameznega nasilnega vedenja in izvedenih intervencij po lestvici OAS po mesecih	39

KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografski podatki	31
Tabela 2: Razlaga kod	33
Tabela 3: Frekvenčna porazdelitev kategorij nasilnih vedenj od leta 2018 do 2021	35
Tabela 4: Frekvenčna porazdelitev izvedenih intervencij	35
Tabela 5: Kontingenčna tabela spola ter oddelka glede na leta zbiranja podatkov.....	36
Tabela 6: Primerjava ocene BVC po letih	36
Tabela 7: Analiza povezanosti trajanja nasilnega vedenja s stopnjo izkazanega nasilnega vedenja.....	40
Tabela 8: Analiza povezanosti nasilnega vedenja s stopnjo izkazanega nasilnega vedenja	40
Tabela 9: T-test za neodvisne vzorce (trajanje nasilnega vedenja v min glede na spol) 41	
Tabela 10: T-test za neodvisne vzorce (trajanje nasilnega vedenja v min glede na oddelek)	41
Tabela 11: Analiza variance (povprečen seštevek nasilnih vedenj po lestvicah OAS in BVC glede na izmeno)	42
Tabela 12: ANOVA post hoc testi (primerjava seštevka nasilnih vedenj po lestvicah OAS in BVC med kategorijami izmen).....	43
Tabela 13: T-test za neodvisne vzorce (primerjava povprečnega seštevka nasilnih vedenj in lestvice BVC med poletnimi ter ostalimi meseci).....	44
Tabela 14: Hi-kvadrat preizkus (primerjava posledic glede na spol)	44

Tabela 15: T-test za neodvisne vzorce (primerjava povprečne ocene BVC glede na oddelek)	45
Tabela 16: Hi-kvadrat preizkus (primerjava telesnega oviranja s pasovi glede na spol)	46
Tabela 17: Hi-kvadrat preizkus enakih verjetnosti primerljivih obdobj SARS-CoV-2 epidemije prvega vala.....	46
Tabela 18: Hi-kvadrat preizkus enakih verjetnosti – primerljiva obdobja let 2019 in 2020	47
Tabela 19: Hi-kvadrat preizkus enakih verjetnosti – primerljiva obdobja let 2020 in 2021	47
Tabela 20: Hi-kvadrat preizkus enakih verjetnosti primerljivih obdobj SARS-CoV-2 epidemije drugega vala.....	47
Tabela 21: Kategorije in pripadajoče kode.....	48

SEZNAM KRAJŠAV

BVC	Brøset Violence Checklist
OAS	The Overt Aggression Scale
UPK Ljubljana	Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana

1 UVOD

Nasilje v zdravstvu je pojav, ki ga opisujemo kot pojav svetovnih razsežnosti in vse kaže, da zaskrbljujoče narašča v razsežnosti, katere bodo sčasoma lahko postale težko obvladljive. Fizično nasilje je na posameznih strokovnih področjih pogostejše, to še posebej velja za področje psihiatrije in urgentne medicine. Posledice so lahko zelo hude, tako na področju telesnega kot predvsem duševnega zdravja zaposlenih in pacientov. Vse to vodi v problem fluktuacije zaposlenih in v nizko zadovoljstvo na delovnem mestu ter slabšo in manj strokovno oskrbo pacientov (Magnavita, et al., 2020).

Pojem agresija se pogosto uporablja kot sinonim za nasilje. Agresija je sicer opredeljena kot psihološko stanje ali sovražno fizično ali besedno vedenje, ki ima za posledico poškodbe oseb ali predmetov. Pojavnost nasilnega vedenja je pri hudih duševnih motnjah pogosta; to velja za motnje, kot so paranoidna shizofrenija in osebnostne motnje (Madathumkovilakath, et al., 2018). Vendar so si ugotovitve tako različne, da je bila povezava med nasilnim vedenjem in duševnimi motnjami vedno predmet razprav, pri katerih je bilo težko doseči soglasje. To velja še posebej za vprašanje, ali diagnoza napoveduje nasilno vedenje ter ali so pacienti z duševnimi motnjami pogostejše nasilni kot splošna populacija (Cornaggia, et al., 2011). Prepoznavanje dejavnikov za nasilno vedenje je zato ključnega pomena. Pri pacientih z duševnimi motnjami so sociodemografski kot tudi klinični dejavniki dobro raziskani; mednje sodijo mladost, moški spol, nasilje v preteklosti, komorbidnost (substance), osebnostne motnje ter neredno jemanje zdravil (Madathumkovilakath, et al., 2018).

Tradicionalno so se pristopi za preprečevanje nasilnega vedenja pacientov delali na predpostavki, da je nasilno vedenje bolj povezano s simptomi duševne motnje in osebnimi značilnostmi pacientov. Rezultat tega je bilo usposabljanje zaposlenih, osredotočeno v samoobrambo in omejevanje pacientov. Vendar je vse več avtorjev, ki dejavnikov pacientov ne postavljajo več v ospredje, ampak ugotavljajo vzroke nasilnega vedenja v vsebini okolja (eksterni model razlage), predvsem pa v interakciji pacientov z njihovo fizično kot socialno okolico (situacijski model razlage) (Dickens, et al., 2013; Price, et al., 2018; Bregar, et al., 2018). Posledično se zato v izobraževanju in usposabljanju osebja

čedalje bolj izpostavlja pomen preventive in odnosa zaposlenih do pacientov (Björkdahl, et al., 2012; Bregar, et al., 2018). Potrebno je zavedanje, da je ustrezen pristop izjemnega pomena, nanj pa vpliva strokovno znanje iz psihiatrije, čustvena inteligenca, izobrazbena struktura in moralne vrednote zaposlenih, predvsem pa kultura ustanove. Za strokovno in kakovostno obravnavo pacientov z nasilnim vedenjem je torej potrebno zavedanje, da je prav odnos do pacientov tisti, ki je pri preprečevanju nasilnega vedenja pacienta največjega pomena (Rant & Bregar, 2014; Bregar, et al., 2018).

Na področju psihiatrije je zagotavljanje varnega terapevtskega okolja ena izmed pglavitnih nalog zdravstvenega osebja, kar od zdravstvenega tima in ustanove kot celote zahteva visoko strokovno znanje, ki mora temeljiti na z dokazi podprti klinični praksi in kontinuiranem izobraževanju ter usposabljanju obvladovanja terapevtskega in spodbudnega okolja za okrevanje oziroma zdravstveno obravnavo pacientov (Peterka Novak, et al., 2017; Bregar, 2019). En del pri raziskovanju varnega in spodbudnega terapevtskega okolja za paciente je tudi uporaba strukturiranih orodij, kot so lestvice OAS in BVC, ki bi lahko s pravilno in pravočasno interpretacijo omogočale prepoznavo pacientov z visokim tveganjem za nasilno vedenje. Prepoznavna pa pomeni, da lahko sprejmemo ustrezne terapevtske ukrepe za organizacijo varnega okolja, s tem pa lahko zmanjšamo uporabo posebnih varovalnih ukrepov ter morebitnih poškodb tako pacientov kot zaposlenih (Lockertsen, et al., 2021).

2 TEORETIČNI DEL

Dejavnik, ki najbolj vpliva na stres zaposlenih v zdravstveni negi na delovnem mestu, je prav neobvladovanje ustreznega terapevtskega okolja, ki ni podporno in spodbudno za paciente niti za zaposlene. Zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije so vsakodnevno soočeni s stresnimi situacijami, ki negativno vplivajo na počutje in na delovno učinkovitost. Na to vpliva soočanje z različnimi oblikami nasilnega vedenja, kjer ne želimo izpostaviti le stran pacientov ali zaposlenih, ampak predvsem trdimo, da gre za kompleksno delovanje različnih dejavnikov (Bregar, et al., 2011; Bregar, 2019).

2.1 RAZLIKOVANJE POJMA AGRESIJA IN NASILJE

Razlikovanje pojmov agresija in nasilje mnogokrat ni jasno razmejeno. Obstaja različna terminologija teh dveh pojmov in prav odsotnost jasne razmejitve, kako opredeliti agresijo in nasilje, lahko privede do težav pri samem dojetanju pomena teh dveh pojmov. Uporaba pojma nasilje za vse oblike agresije je napačna v samem konceptu. Nasilje lahko pojmuje le kot skrajno obliko agresije, medtem ko agresija zajema vse oblike agresije – od verbalne pa vse do fizične agresije (Hills, 2018). Svetovna zdravstvena organizacija opredeljuje agresijo in nasilje kot isto osnovo, in sicer kot »namerno uporabo ali grožnjo s fizično silo ali močjo, proti sebi, drugemu, skupini ali skupnosti, ki ima za posledico oziroma je zelo verjetno, da bo imela za posledico poškodbo, smrt ali psihično škodo, slabši razvoj oziroma pomanjkanje« (World health organization (WHO), 2002, p. 4). Definicijo agresije Nacionalni inštitut za zdravje in klinično odličnost Združenega kraljestva Velike Britanije in Severne Irske v svojih smernicah opredeljuje kot »vrsto vedenj ali dejanj, ki lahko drugi osebi povzročijo škodo ali poškodbo, ne glede na to, ali je nasilje ali agresija izražena fizično ali verbalno, ali je prišlo do telesne poškodbe in ali je namen jasen« (National Institute for Health and Care Excellence, 2015, p. 19). Agresija je opredeljena kot vsako vedenje, ki se kaže z namenom poškodovati drugo osebo, ki si tega ne želi (Megias, et al., 2018). Dongen, et al. (2016) pa opozarjajo na nekoliko poenostavljeno razlikovanje in v svoji raziskavi za razlikovanje agresije uporabljajo reaktivno in proaktivno agresijo. Impulzivna oziroma t. i. reaktivna agresija je vrsta agresije, ki je odziv na provokacijo, in njena najpogostejša značilnost je sovražnost.

Proaktivna agresija pa je t. i. vnaprej premišljena agresija s ciljem prevladati nad drugim (Dongen, et al., 2016).

Pri pregledu literature smo ugotovili, da večina avtorjev na področju psihiatrije (Witt, et al., 2013; Lozzino, et al., 2015; Cowman, et al., 2017; Liu, et al., 2019a; Niu, et al., 2019; Lu, et al., 2020; Li, et al., 2020) uporablja izraz nasilje (angl. violence), zato bomo v nadaljevanju uporabljali izraz nasilno vedenje.

2.2 POJAVNOST NASILNEGA VEDENJA V ZDRAVSTVU IN NA PODROČJU PSIHIATRIJE

Številne raziskave po svetu (Pekurinen, et al., 2017; Kerr, et al., 2017; Olashore, et al., 2018; Berlanda, et al., 2019; Basfr, et al., 2019; Babiarczyk, et al., 2020) nasilno vedenje na delovnem mestu v zdravstvenem sektorju označujejo kot globalen in zaskrbljujoč problem, ki je stalen ter iz leta v leto narašča. Zaposleni v zdravstveni negi so najpogosteje izpostavljeni nasilnemu vedenju, kar še posebej velja za področje psihiatrije in urgentne medicine (Bojić, et al., 2016; Pekurinen, et al., 2017; Schablon, et al., 2018; Bulgari, et al., 2018; Cameron, et al., 2022; Gabrovec, 2022). Zaposleni v zdravstveni negi, ki delajo na področju psihiatrije, dvajsetkrat pogosteje doživijo fizično nasilno vedenje kot zaposleni v drugih bolnišnicah (Niu, et al., 2019), stopnja nasilnega vedenja pa se še poveča na forenzičnih psihiatričnih oddelkih, kjer je še dvakrat višja (Ramesh, et al., 2018).

2.2.1 Pojavnost nasilnega vedenja v tujini

Schablon, et al. (2018) so v raziskavi, ki je zajela 1984 od 4852 zaposlenih v splošnih bolnišnicah, geriatričnih ambulantah in ustanovah za invalide v Nemčiji, ugotovili, da je bil porast nasilnega vedenja v manj kot desetih letih po letu 2009, ko je bila narejena prva raziskava, od 10- do 20-%. Verbalno nasilno vedenje je doživelo 94,1 % zaposlenih ter 69,8 % fizično nasilno vedenje (Schablon, et al., 2018). V sistematičnem pregledu in metaanalizi med leti 1987 in 2018 je bilo v kvalitativno analizo vključenih 253 raziskav ter v kvantitativno metaanalizo 158 raziskav. Od 253 vključenih raziskav je bil v Evropi

izveden manjši del raziskav, in sicer 48, največ od teh raziskav je bilo narejenih na področju Azije, in sicer 106 raziskav. Vseh udeležencev v vseh raziskavah je bilo 331.554. Od tega je 78 raziskav proučevalo dvanajstmesečno prevalenco katere koli vrste razširjenosti nasilnega vedenja na delovnem mestu. Pokazala se je 61,9 % razširjenost, ki je bila največja na področju Avstralije in Nove Zelandije ter najmanjša v Evropi. Pri nefizičnem nasilnem vedenju je dvanajstmesečna prevalenca zajela 140 raziskav. Razširjenost je bila 42,5 %, od tega je bila najpogostejša oblika verbalno nasilno vedenje, nato je sledilo fizično nasilno vedenje in spolno nadlegovanje. Razširjenost je bila največja v Severni Ameriki in ponovno najmanjša v Evropi. Dvanajstmesečna prevalenca fizično nasilnega vedenja je zajela 138 raziskav, razširjenost je bila 24,4 %. Največja razširjenost je bila ponovno v Severni Ameriki in najmanjša v Latinski Ameriki. Evropa je tu zasedla predzadnje mesto. Od vseh okolij pa je prav okolje psihiatričnih ustanov zajemalo največji odstotek fizično nasilnega vedenja. Vendar je treba biti pozoren na razliko razširjenosti nasilnega vedenja med azijskimi državami in evropskimi, saj gre najverjetneje to v kontekst kulturnih razlik, razlik v oskrbi in razlik v zdravstvenih sistemih (Liu, et al., 2019a). V evropskem prostoru je bila leta 2020 narejena presečna raziskava, ki je zajela pet držav (Poljska, Češka, Slovaška, Turčija in Španija). Anketiranih je bilo 1089 zaposlenih v zdravstveni negi. Nefizičnemu nasilnemu vedenju je bilo izpostavljenih 54 % zaposlenih v zdravstveni negi, fizično nasilnemu vedenju pa 20 %. Obe obliki nasilnega vedenja pa je doživelo 15 % zaposlenih v zdravstveni negi. Od tega so bili v 70 % povzročitelji verbalno nasilnega vedenja pacienti, v primeru fizičnega nasilnega vedenja pa je odstotek narasel na 90 % (Babiarczyk, et al., 2020). Na področju psihiatrije v Savdski Arabiji ugotavljajo, da se je z nasilnim vedenjem srečalo 90,3 % zaposlenih v zdravstveni negi, od tega jih je bilo nasilnemu vedenju v zadnjem letu 43,2 % izpostavljenih več kot trikrat. Od tega je 57,7 % doživelo tako verbalno kot fizično nasilno vedenje (Basfr, et al., 2019). V presečni raziskavi (Niu, et al., 2019) v severnem delu Tajvana, ki je zajela enajst psihiatričnih ustanov, so ugotovili, da je bilo 88,3 % zaposlenih v zdravstveni negi žrtev fizičnega ali psihičnega nasilnega vedenja. Med njimi je 55,7 % zaposlenih doživelo fizično nasilno vedenje, od tega jih je bilo 25,1 % poškodovanih, bolniško odsotnost pa je koristilo 5 % poškodovanih. Psihično nasilno vedenje je doživelo 82,1 % zaposlenih v zdravstveni negi. Med storilci so bili v 97,4 % pacienti, nato so sledili svojci pacientov.

2.2.2 Pojavnost nasilnega vedenja v slovenskem prostoru

V slovenskem prostoru je bila ena izmed prvih raziskav o nasilnem vedenju nad zaposlenimi v zdravstveni negi izvedena leta 1999 s strani Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana ter predstavljena s strani Klemenc in Pahor (2004) v Obzorniku zdravstvene nege. Razdeljenih je bilo 750 vprašalnikov, vrnjenih je bilo 50,3 % vprašalnikov. Stopnja prevalence nasilnega vedenja je bila 72,3 %. Od tega je 59 % zaposlenih doživelo verbalno nasilno vedenje ter 29,5 % zaposlenih fizično nasilno vedenje. V raziskavi so zajeli tudi pogostnost pojavljanja nasilnega vedenja in v 42 % se je nasilno vedenje ponavljalo več kot desetkrat, v 30 % se je zgodilo od tri- do desetkrat, v 28 % pa do trikrat (Klemenc & Pahor, 2004). Babnik, et al. (2012) so raziskovali obliko ter pogostnost psihično nasilnega vedenja nad zaposlenimi v zdravstveni negi. Na podlagi stratificiranega vzorca je bilo poslanih 3756 vprašalnikov. V raziskavi je sodelovalo 692 zaposlenih, realizacija je bila 18,4 %. Rezultati so pokazali, da 76,4 % zaposlenih redno, pogostno ali občasno zaznava psihično nasilno vedenje, od tega je psihično nasilno vedenje v 60,1 % zaposlenih doživelo v zadnjem letu. Med najpogostejšimi izvajalci psihično nasilnega vedenja so bili navedeni pacienti, zatem sodelavci v zdravstveni negi (Babnik, et al., 2012). Na področju psihiatrije v slovenskem prostoru je Gabrovec (2014) v raziskavi leta 2013 vključil psihiatrične bolnišnice, socialno varstvene zavode in centre za usposabljanje, delo in varstvo, ki se z nasilnim vedenjem pri pacientih z duševnimi motnjami najpogosteje srečujejo. Obravnaval je intenzivne oddelke vseh slovenskih psihiatričnih bolnišnic (izvzeta Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana) ter socialno varstvene zavode Hrastovec, Dom Lukavci, Dom Nine Pokorn ter Centra za usposabljanje, delo in varstvo Črna na Koroškem ter Dobrna. V raziskavo so bili vključeni 303 zaposleni, od tega 203 zaposleni v psihiatričnih bolnišnicah, kjer se jih je v zadnjem letu s fizično nasilnim vedenjem srečalo 84,2 %, z verbalno nasilnim vedenjem pa se je srečalo 92,6 % zaposlenih v psihiatričnih bolnišnicah (Gabrovec, 2014), kar lahko kaže na različne dejavnike, ki vplivajo na nastanek nasilnega vedenja, kot so okoljski in situacijski dejavniki. Na področju psihiatrije in urgentne medicine so Bojić, et al. (2016) ugotovili, da se je v zadnjem letu z verbalno nasilnim vedenjem srečalo 92,6 % zaposlenih ter s fizično nasilnim vedenjem 84,2 % zaposlenih. S hujšimi oblikami nasilnega vedenja se pogosteje srečujejo zaposleni v psihiatriji (Bojić, et al., 2016).

V slovenskem prostoru nasilno vedenje nad zaposlenimi v zdravstvu na velikem vzorcu še ni bilo raziskano, saj ugotovitve temeljijo na posamičnih raziskavah (Babnik, et al., 2012; Gabrovec, 2014; Bojić, et al., 2016) in ne na raziskavah z velikimi vzorci. Glede na veliko razsežnost nasilnega vedenja v zdravstvu bi bila potrebna nacionalna raziskava, ki bi dala jasnejšo sliko nasilnega vedenja v slovenskih zdravstvenih ustanovah.

2.2.3 Vpliv pandemije virusa SARS-CoV-2 na pojavnost nasilnega vedenja v zdravstvu

Pandemija koronavirusa SARS-CoV-2 je povzročila razmere nesigurnosti in temeljite spremembe z novim stresorjem, ki je na več vidikov družbenega življenja vplival negativno. Izstopali so vidiki depresije, tesnobe, izgorelosti in vidik razraščanja nasilnega vedenja med ljudmi. V enem letu po razglasitvi pandemije s strani Svetovne zdravstvene organizacije so se začeli pojavljati podatki o povečani pojavnosti nasilnega vedenja v družbi. V primerjavi pred pandemijo in med njo so odstopanja segala tudi do 40 %. Nasilno vedenje se je povečalo med otroci, v partnerskih odnosih in nad ženskim spolom (Clemente-Suarez, et al., 2021). Ena izmed prvih raziskav (Yang, et al., 2021) o pojavnosti nasilnega vedenja nad zdravniki med pandemijo je bila izvedena na Kitajskem. Zajela je področja psihiatrije, oftalmologije, urgentne medicine in otorinolaringologije na vzorcu 15.531 udeležencev. Dva meseca po izbruhu pandemije je kar 18,5 % zdravnikov poročalo o nasilju na delovnem mestu. Od tega je 16,1 % doživelo verbalno nasilno vedenje in 6,9 % pa fizično nasilno vedenje. Največji odstotek se je nanašal na področje psihiatrije in urgentne medicine (Yang, et al., 2021). O 35 % porastu nasilnih incidentov na področju psihiatrije so v obdobju marec–junij 2020 poročali tudi iz Združenega kraljestva Velike Britanije in Severne Irske (Payne-Gill, et al., 2021). Na Japonskem je raziskava, ki je zajela maj in junij 2020, pokazala, da je 17,1 % zdravstvenih delavcev doživelo nadlegovanje ali nasilno vedenje s strani pacientov, povezano z virusom SARS-CoV-2 v prvem valu. Razširjenost je bila za 9,9 % večja kot v raziskavi, ki je bila izvedena marca 2020 (Asaoka, et al., 2021). Dejavnika, kot so delovne izkušnje in preobremenjenost v kontekstu števila opravljenih ur na teden, sta bila v času pandemije še izrazitejša in sta pomembno prispevala k povečanju nasilnega vedenja pacientov (Bitencourt, et al., 2021).

2.2.4 Problematika poročanja dogodkov z nasilnim vedenjem s strani zaposlenih v zdravstveni negi

Številke o pojavnosti nasilnega vedenja še vedno ne izkazujejo realnega stanja. O nasilnem vedenju nad zaposlenimi v zdravstveni negi se še vedno premalo poroča (Kvas & Seljak, 2014). Razlogi za to so kompleksni, vendar jih lahko razdelimo na dve dimenziji. Prva dimenzija je organizacijska ovira, kjer zaposleni v zdravstveni negi ne poročajo zaradi potencialno slabega odziva vodstva ter odsotnosti jasne politike obvladovanja nasilnega vedenja. Politika bi morala vključevati jasne smernice obvladovanja pred, med in po incidentu z nasilnim vedenjem. Druga dimenzija pa so osebne ovire zaposlenih v zdravstveni negi, kot so morebitne predhodne negativne izkušnje, strah pred nezaupnico nadrejenih oziroma stigmatizacija s strani zaposlenih kot tudi s strani nadrejenih. Zaposleni v zdravstveni negi bi pri soočanju z nasilnim vedenjem raje izkoristili podporo sodelavcev kot pa podporo organizacije, kjer so zaposleni, kar nakazuje, da se zaposleni znotraj organizacije ne počutijo varno. Največkrat je to zaradi občutka, da podpore ob nasilnem dogodku ne bodo prejeli (Edward, et al., 2014). Kakšna je podpora, je zelo pomembno, predvsem z vidika, kako jo dojemajo zaposleni. Tako se pojavlja kultura, kjer zaposleni v zdravstveni negi dojemajo nasilno vedenje s strani pacientov kot neizogiben del njihove službe, prijavo nasilnih dogodkov kot delovno obveznost, ki pa ne prinaša nobenih sprememb. To nakazuje na prepričanje, ki je med zaposlenimi v zdravstveni negi prevladujoče, da pojav nasilnega vedenja smatrajo kot poklicno nevarnost, ki naj bi bila sestavni del njihovega poklica, do katerega imajo visoko toleranco (Edward, et al., 2014; Kvas & Seljak, 2014; Stevenson, et al., 2015; Somani, et al., 2021).

2.3 POJAVNOST NASILNEGA VEDENJA GLEDE NA DUŠEVNE MOTNJE

Znano je, da se je pojav nasilnega vedenja v zdravstvu tekom zgodovine povezoval z duševnimi motnjami. Nasilno vedenje je sicer predvsem simptom, zaradi katerega je pacient pogosto obravnavan v bolnišnici (Das, et al., 2018; Giarelli, et al., 2018; Pan, et al., 2022). Pojavnost nasilnega vedenja je glede na duševne motnje različna. Najverjetneje

so razlike vzrok v družbeno-kulturnih značilnostih preiskovane populacije in metodološko različno zasnovanih raziskavah (Araya, et al., 2020). Pomembno je tudi zavedanje, da je visoka prisotnost nasilnega vedenja lahko bolj razlog samega kulturnega okolja kot same duševne motnje (Mauri, et al., 2019; Halle, et al., 2020). Na področju zdravstva je šestnajstkrat večja možnost, da zdravstveno osebje doživi nasilno vedenje kot zaposleni izven zdravstva (Hassankhani, et al., 2018).

Med duševnimi motnjami je diagnoza shizofrenije največkrat povezana s prisotnostjo nasilnega vedenja (Witt, et al., 2013; Knežević, et al., 2015; Zhou, et al., 2015; Caqueo-Urizar, et al., 2016; Li, et al., 2020; Araya, et al., 2020; Girasek, et al., 2022). Zhou, et al. (2015) so v metaanalizi 19 raziskav na Kitajskem (obdobje 2000 do 2012) pri pacientih s shizofrenijo ugotovili povprečno razširjenost nasilnega vedenja od 16,8 do 53,2 %. Avtorji (Zhou, et al., 2015) sicer opozarjajo na previdno interpretacijo raziskave, saj so raziskave v zahodnem svetu pokazale manjšo prisotnost nasilnega vedenja. V metaanalizi (Li, et al., 2020), ki je zajela pojavnost nasilnega vedenja pri shizofreniji na svetovni ravni, je bila razširjenost nasilnega vedenja 33,3-%, torej tretjina pacientov. Največji delež je bil vezan na verbalno nasilno vedenje (42,6 %), nasilno vedenje do predmetov (23,8 %), sledi samopoškodbeno vedenje (23,5 %) ter nasilno vedenje do drugih (23,7 %) (Li, et al., 2020). Nižjo pojavnost nasilnega vedenja pri pacientih z diagnosticirano shizofrenijo so poročali na Tajskem, vrednosti so se gibale pri 7,7 % (Maneeton, et al., 2019.) Na področju Latinske Amerike so pri pacientih s shizofrenijo ravno tako ugotovili razlike, ki so bile različne glede na državo. V državi Čile je bila pojavnost nasilnega vedenja 3,5 %, v Peruju 14,6 % in v Boliviji 55,4 % (Caqueo-Urizar, et al., 2016). O splošni pojavnosti nasilnega vedenja pri pacientih z diagnozo shizofrenije poročajo tudi iz Srbije, kjer je bila pojavnost 31 % (Knežević, et al., 2015). Da sama diagnoza shizofrenije ne pomeni dejstva, da je pacient nasilen, je pokazala longitudinalna raziskava (Bottes, et al., 2018), ki je potekala v Italiji. V enoletnem spremljanju pacientov, ki živijo v nastanitvenih ustanovah, so za preiskovano skupino zajeli paciente z zgodovino nasilnega vedenja, za kontrolno skupino pa zajeli paciente brez zgodovine nasilnega vedenja, vendar podobne po starosti, spolu in osnovni diagnozi, vključno s komorbidnostjo zlorabe substanc ali alkohola. Končni vzorec je vključeval 69 pacientov z nasilnim vedenjem ter 46 pacientov brez nasilnega vedenja. Po spolu je prevladoval

moški spol. Primarna diagnoza je bila shizofrenija (58,3 %) in osebnostne motnje (20,9 %). Ugotovili so, da zloraba substanc znatno poveča tveganje za nasilno vedenje, neodvisno od sočasnega pojavljanja duševnih motenj. Med pacienti z nasilnim vedenjem so ugotovili pomembne medsebojne povezave med mazohistično osebnostjo, antisocialno osebnostjo ter odvisnostjo od drog. Antisocialna osebnostna motnja poveča verjetnost za ponovitev nasilnega vedenja pri pacientih z duševnimi motnjami. Raziskava (Bottesi, et al., 2018) je tako pokazala pomen ocene osebnostnih lastnosti pacientov s shizofrenijo kot orodje za oceno tveganja za nasilno vedenje in preprečevanje le-tega.

Poleg shizofrenije se nasilno vedenje pogosto omenja še v povezavi z diagnozami manične epizode bipolarni motnje, osebnostnih motenj, zlorabe alkohola in psihoaktivnih substanc ter demence (Giarelli, et al., 2018; Veldwijk-Roiwenhorst, et al., 2021; Chu, et al., 2022; Pan, et al., 2022). V raziskavi Mauri, et al. (2019) so uporabili prilagojeno lestvico odkrite agresije (MOAS) za retrospektivno oceno nasilnega vedenja, katero so izpolnjevali člani negovalnega in medicinskega osebja, ki niso poznali diagnoz pacientov. Ugotovili so povišane vrednosti pri pacientih s shizofrenijo, pri osebah z osebnostnimi motnjami, še posebej paranoidne, mejne in antisocialne osebnostne motnje. Povišane vrednosti so bile zaznane tudi pri psihozah, povzročene zaradi zlorabe alkohola, psihoaktivnih substanc kot tudi pri demenci (Mauri, et al., 2019).

Pri demenci je nasilno vedenje najpogostejši zaplet kognitivne okvare in v večini primerov tudi razlog za hospitalizacijo v psihiatričnih ustanovah (Girasek, et al., 2022). V raziskavi pacientov z demenco, ki živijo v domovih starejših občanov, so raziskovali dvotedensko razširjenost in korelacijo zelo pogostega nasilnega vedenja varovancev in zelo pogostega glasnega vedenja varovancev. Pri nasilnem vedenju je bila razširjenost 2,2 % za zelo pogosto in 24,0 % za manj pogosto nasilno vedenje. Resnost demence, uporaba antipsihotikov in apatija so bili povezani z zelo pogostim nasilnim vedenjem. Vzroki apatije so lahko dolgočasje, bolečina in dejavniki, vezani na okolje. Povezanost apatije z nasilnim vedenjem je bila tako jasno izražena. Pri glasnem vedenju pacientov, kot je kričanje in glasno ponavljajoče se besedno izražanje, je zelo pogosta dvotedenska razširjenost znašala 11,5 % v primerjavi z 18,9 % manj pogosto razširjenostjo glasnega vedenja. Na glasno vedenje pa je vplivala višja starost, evforija in uporaba antipsihotikov

(Veldwijk-Rouwenhorst, et al., 2021). Pojavnost nasilnega vedenja ni izključno povezana le z diagnozo demence, ampak se poudarja pomen sprožilnih dejavnikov, ki povečujejo verjetnost za nasilno vedenje pacientov z demenco. Treba je biti pozoren, ko je nasilno vedenje izražanje pacienta kot sporočilo določene potrebe, ki jo želi zadovoljiti oziroma je sam ne zmore zadovoljiti zaradi kognitivnega upada. Sprožilni dejavniki so še pomanjkanje komunikacijskih veščin, nestrokovno izvajanje postopkov (hranjenje, osebna nega) ter pomanjkanje znanja o demenci kot bolezni (Schnelli, et al., 2020). Tudi osebnostne motnje so povezane s pojavnostjo nasilnega vedenja. Psihopatske lastnosti so močno povezane z nasilnim vedenjem do drugih ter šibko povezane z nasilnim vedenjem do sebe. Mejna osebnostna motnja (borderline) je močno povezana z različnimi vrstami nasilnega vedenja do drugih (Lazo-Gonzalez, et al., 2021). Izbruhe nasilnega vedenja so ugotovili pri veliki depresivni epizodi. O nasilnih izbruhih je poročalo 58,7 % odraslih oseb s to vrsto diagnoze. Izbruhi so afektivni, reaktivni in impulzivni, toda načeloma je to izraz jeze, ki se pojavi kot odziv na provokacijo (Liu & Cole, 2021).

2.4 NAPOVEDNI DEJAVNIKI ZA NASILNO VEDENJE

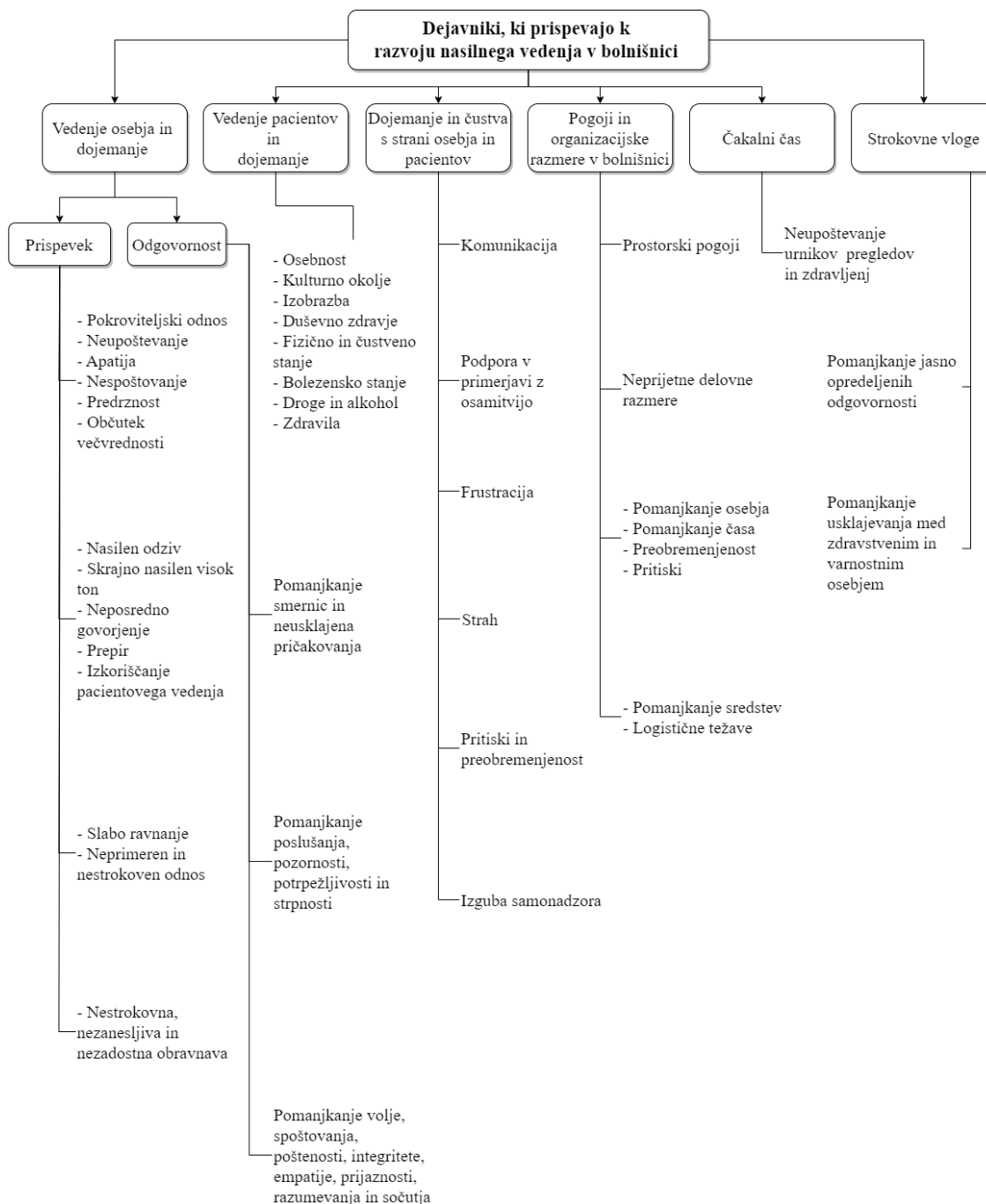
Pojavnost nasilnega vedenja pri pacientih z duševnimi motnjami je odvisen od različnih dejavnikov. Za vzpostavljanje strategij preprečevanja primerov nasilnega vedenja je pomembno, da zdravstveno osebje pozna dejavnike tveganja za pojav nasilnega vedenja, saj s tem razumejo mehanizme, ki povečujejo tveganje za nasilno vedenje pri pacientih z duševnimi motnjami (Witt, et al., 2013; Megias, et al., 2018; Pelto-Piri, et al., 2020; Weltens, et al., 2021).

V metaregresijski analizi 110 raziskav (Witt, et al., 2013) so proučili 146 dejavnikov tveganja za nasilno vedenje pri pacientih s psihozo ter jih razdelili v deset področij: 1) demografski dejavniki, 2) premorbidni dejavniki, 3) dejavniki zgodovine kaznivih dejanj, 4) psihopatološki dejavniki, 5) pozitivni simptomi, 6) negativni simptomi, 7) nevropsihološki dejavniki, 8) dejavniki zlorabe substanc, 9) dejavniki, povezani z zdravljenjem, 10) dejavniki, povezani z zgodovino samomorov. Ugotovili so pomembno povezanost dinamičnih dejavnikov s tveganjem za nasilno vedenje (slaba samokontrola, zloraba alkohola in/ali psihoaktivnih substanc, neredno jemanje zdravil itd.). Zgodovina

kaznivih dejanj je močno povezana z nasilnim vedenjem; bolj kot dejavniki zlorabe substanc in ostalih dinamičnih dejavnikov. Dejavniki, povezani s samomorilnostjo, so ravno tako povezani z nasilnim vedenjem do samega sebe (Witt, et al., 2013). Brezposelnost pacienta tveganje za nasilno vedenje poveča za osemkrat. Preteklo nasilno vedenje poveča tveganje za šestkrat. Psihotični simptomi (npr. imperativne halucinacije) povečajo tveganje za osemkrat. Nasilno vedenje se lahko v tem primeru pojavlja kot odziv na psihotično doživljanje. Slaba socialna podpora poveča tveganje za nasilno vedenje za trikrat (Araya, et al., 2020). Dejavniki tveganja za nasilno vedenje na strani pacientov so tudi večkratni predhodni sprejemi in sprejemi proti volji. Čeprav je v raziskavah dejavnik moškega spola pacienta največkrat omenjen (Cameron, et al., 2022), to zdravstvenega osebja ne sme zavesti. Giarelli, et al. (2018) namreč navajajo ugotovitve, da so ženske pogosteje izkazovale nasilno vedenje, kar nakazuje na to, da mora biti zdravstveno osebje pozorno pri vsakem pacientu, ne glede na spol in se ne zanašati na tezo, da obstaja tipična populacija pacientov za nasilno vedenje. Zloraba prepovedanih substanc in zloraba alkohola podvoji možnost za nasilno vedenje. Pri pacientih z duševno motnjo je treba biti še posebej pozoren, saj raziskave kažejo, da je razširjenost nasilnega vedenja pri pacientih s hujšo duševno motnjo 16 % v primerjavi s pacienti brez duševne motnje, kjer je bila razširjenost nasilnega vedenja 7 % (Giarelli, et al., 2018). Različnost in številnost dejavnikov za nasilno vedenje od osebja zahteva izjemno strokovno znanje in dobro opazovanje pacienta, predvsem pa dobro predvidevanje situacije vnaprej. Dejavnik spanja lahko hitro spregledamo oziroma nanj ne damo veliko pozornosti, nakazuje pa, da je spanje pacientov, ki so hospitalizirani na intenzivnih psihiatričnih oddelkih, vitalnega pomena, saj kratkotrajno spanje ali velika nihanja v trajanju spanja med nočmi pomembno prispeva k nasilnemu vedenju naslednji dan. Pri pacientih s shizofrenijo povezujejo kratko spanje z razdražljivostjo in impulzivnim vedenjem, medtem ko so nočna nihanja v trajanju spanja med posameznimi nočmi povezana z zmedenostjo in nasilnim vedenjem (Langsrud, et al., 2018). Da je nasilno vedenje pri pacientih s psihozo neodvisna entiteta in je povezano z imunskimi spremembami, so ugotavljali Das, et al. (2017), ki so proučevali vlogo stresnega hormona kortizola pri pacientih s psihozo. Ugotovili so nižje ravni jutranjega kortizola in spremenljivost le-tega, nanj pa ni vplivala resnost ter trajanje psihoze. Vendar pa je takšna raziskava šibka, Das, et al. (2017) opozarjajo, da bi bile potrebne longitudinalne nevrobiološke raziskave na večjem vzorcu,

vendar nakazujejo predvsem kompleksnost nasilnega vedenja pri pacientih z duševnimi motnjami. Weltens, et al. (2021) so v sistematičnem pregledu nasilja v psihiatričnih bolnišnicah rizične dejavnike, ki doprinesejo k razvoju nasilnega vedenja, razdelili v tri kategorije: 1) dejavniki pacienta, 2) dejavniki oddelka, 3) dejavniki osebja. Dejavniki pacienta vključujejo diagnozo pacienta (psihotične motnje, bipolarna motnja v manični fazi), zlorabo substanc, zgodovino nasilnega vedenja, interakcijo s sopacienti in osebjem. Dejavniki oddelka vključujejo visoko zasedenost posteljnih kapacitet in s tem posledično gnečo na oddelku, omejitve oddelka, kajenje (nemožnost tega), pomanjkanje zasebnosti. Dejavniki osebja obsegajo osebje iz drugih oddelkov, nezadovoljstvo v službi, izgorelost, slabšo izobrazbeno strukturo osebja ter večji delež osebja moškega spola. Največji delež tveganja za nasilno vedenje pade na dejavnike osebja in oddelka, kar nakazuje na pomembnost, da se osebje zaveda, da so prav oni pomemben dejavnik, ki lahko prispeva k razvoju nasilnega vedenja s strani pacienta (Weltens, et al., 2021). Mlajši in manj izkušeni zaposleni v zdravstveni negi so bolj izpostavljeni nasilnemu vedenju. Za zaposlene moškega spola je večja verjetnost, da se bodo srečali z nasilnim vedenjem. Dodatno k temu prispeva tudi dejavnik nočnih izmen ter delo ob vikendih. Na področju psihiatrije je bilo ravno tako potrjeno, da ima moški del osebja za 1,7-krat večjo možnost soočanja z nasilnim vedenjem v primerjavi z ženskim spolom osebja (Edward, et al., 2014). Pri razlikah med spoloma je potrebno tudi zavedanje, da je pri ženskem spolu manjša povezava med negativnim afektom (tj. spremenljivka, ki vsebuje doživetje negativnih čustev in slabe samopodobe) ter nasilnim vedenjem kot pri moškem spolu. Za ženske osebe je značilno, da imajo večjo stopnjo empatije in se verjetno zato lahko z negativnimi čustvi soočajo na konstruktivnejši način, kar bi lahko doprineslo k manj nasilnemu vedenju (Megias, et al., 2018), vendar nekateri tega kot varovalnega dejavnika pri preprečevanju nasilnega vedenja niso uspeli dokazati (Bregar, et al., 2018). Dejavnik tveganja, ki je pogosto prezrt, je tudi nesodelovanje zdravnikov in zaposlenih v zdravstveni negi. Osebnost in delovne izkušnje zdravnikov in zaposlenih v zdravstveni negi vplivajo na način sodelovanja. Dojemanje zdravnikov, da so zaposleni v zdravstveni negi tisti, ki lahko preprečijo ali prispevajo k nasilnemu vedenju, lahko vodi k prepričanju, da bodo zaposleni v zdravstveni negi varovali zdravnike pred pacienti z nasilnim vedenjem, kar pri zaposlenih v zdravstveni negi povzroča nezadovoljstvo. Ravno dojemanja zaposlenih v zdravstveni negi pa so lahko velika težava. Zaposleni v

zdravstveni negi so imeli do izbruhov nasilnega vedenja pri pacientih, za katere takšnega vedenja niso pričakovali in pacienti na vedenje niso imeli vpliva (halucinacije, prisluhi), večje razumevanje v primerjavi s pacienti, za katere so predvidevali nasilno vedenje zaradi prisotnosti zlorabe drog ali alkohola. To vnaša čustveno zmedenost, kar otežuje obvladovanje nasilnega vedenja. Prav tako pa k temu prispeva pomanjkanje zavedanja, da je vzrok za nasilno vedenje splet različnih situacij in ne le prisotnost enega glavnega dejavnika, kar prikazuje slika 1.



Slika 1: Dejavniki, ki prispevajo k razvoju nasilnega vedenja pacienta

(Shafran-Tikva, et al., 2017, p. 6)

Zaradi številnih raziskav (Bojić, et al., 2016; Pekurinen, et al., 2017; Schablon, et al., 2018; Bulgari, et al., 2018; Cameron, et al., 2022; Gabrovec, 2022), ki izkazujejo pogostejše nasilno vedenje pri pacientih z duševnimi motnjami, prihaja do njihove

stigmatizacije, saj se še vedno kot glavni vzrok za nasilno vedenje jemlje bolezen pacienta (interni model raziskovanja nasilja). Treba je poudariti, da večina pacientov z duševnimi motnjami nikoli ne izkazuje nasilnega vedenja (Lipovec & Filej, 2019). Medtem ko »nasilen in neustrezen odnos« do pacientov pogosto izkazujejo ravno zaposleni v zdravstveni negi, kar se največkrat kaže v obliki predsodkov (Vrhovac & Ronchi, 2020). Stigmo pacientov pa povzroča tudi institucionalno zdravljenje, saj pri pacientu povzroča občutke strahu, manjvrednosti, jeze in negotovosti (Lipovec & Filej, 2019). In tako je še kako na mestu vprašanje, ali se in v kolikšni meri zaposleni zavedajo, da institucionalno zdravljenje velikokrat pomeni veliko omejitev, kjer se na veliko zahtev pacientov odgovorja negativno, kar posledično poveča tveganje za nasilno vedenje, saj je pacientom onemogočena svoboda, pacient pa tudi v okolju ni individuum, saj je v primeru institucionalnosti okolje izrazito strukturirano (Papadopoulos, et al., 2012). Raziskava med zaposlenimi v zdravstveni negi (Fontesse, et al., 2021) je jasno pokazala, da so pacienti z duševnimi motnjami bolj stigmatizirani, izkazalo se je tudi, da so bolj stigmatizirani pacienti z zlorabo alkohola kot pacienti z diagnozo shizofrenije (Fontesse, et al., 2021). Iz tega izhaja, da je odnos zaposlenih in njihova etična drža v zdravstveni negi ključnega pomena, razumevanje tega pa ni enostavno. Dejavniki za nasilno vedenje so močno prepleteni, zato imajo močan vpliv drug na drugega (Konttila, et al., 2018). Pri tem je ključno zavedanje, da k nasilnemu vedenju prispevajo tako pacienti kot zaposleni v zdravstveni negi, saj je odnos med njimi prepleten. Raziskava (Papadopoulos, et al., 2012) je jasno pokazala, da je bil odnos zaposlenih v zdravstveni negi v 39 % sprožilec za nasilno vedenje pacienta, še 25 % doprinos pa je imelo omejevanje pacienta oziroma zavračanje njihovih zahtev.

Znano je, da delovne izkušnje zaposlenih v zdravstveni negi pripomorejo k preprečevanju nasilnega vedenja pacientov (Edward, et al., 2014; Weltens, et al., 2021; Abu Ras, 2023), vendar je potrebno zavedanje, da so ravno zaposleni v zdravstveni negi z več delovnimi izkušnjami do pacientov tudi bolj kritični (Cerar & Bregar, 2020). Pri preventivi pred nasilnim vedenjem in izgradnji odnosa s pacientom ima pomemben vpliv tudi višja izobrazbena struktura (Lickiewicz, et al., 2019; Agbornu, et al., 2022), pa vendar se je v raziskavi Cerar in Bregar (2020) na področju forenzične psihiatrije izkazalo, da imajo višje izobraženi zaposleni do pacientov odklonilnejši odnos, čeprav se istočasno

zavedajo, da so pacienti tudi stigmatizirani. Iz tega izhaja, da strokovno znanje in delovne izkušnje niso dovolj. Izjemnega pomena so tudi osebne lastnosti zaposlenih v zdravstveni negi in kultura ustanove, v kateri zaposleni delujejo.

Pri tem je ena od pomembnih lastnosti samokritičnost lastnega odnosa do pacienta. Raziskava (Yesilbas & Baykal, 2021) je raziskovala vzroke za nasilno vedenje pacientov nad zaposlenimi v zdravstveni negi. Zaposleni so izpostavili pomanjkanje sodelavcev, delovno obremenjenost, neizkušenost (predvsem pomanjkljiva komunikacija), nekonsistentnost pri delu in pomanjkljivo komuniciranje med zaposlenimi. Iz slednjega je razvidno, da zaposleni v zdravstveni negi niso nikjer izpostavili samokritičnosti, da je sprožilec za nasilno vedenje lahko ravno njihov odnos kot celota. Zelo kritični so bili namreč za vzroke, ki slonijo na pacientovi krivdi ali krivdi same institucije, saj so tam navedli največ rizičnih dejavnikov (Yesilbas & Baykal, 2021). Od zaposlenih v zdravstveni negi je odvisno, koliko časa si vzamejo za obvladovanje nasilnega vedenja, saj je dialog usmerjen v pacienta tisto, kar pri pacientu poveča občutke varnosti in zaupanja (Konttila, et al., 2018). Izkušnost zaposlenih v zdravstveni negi se kaže prek iskanja različnih možnosti vzpostavitve zaupanja pacienta (Janzen, et al., 2022). Tako pridemo do zaključka, da je velik del vzroka za nasilno vedenje pacientov, ko zaposleni uveljavljajo svojo moč nad pacientom. Preventivni ukrepi bi morali iti v smer iskanja boljših rešitev za reševanje pacientovih zahtev, jih obravnavati kot individuum, zaposleni pa bi svoj položaj moči lahko uporabili le, ko bi izredna situacija to od njih zahtevala (Papadopoulos, et al., 2012).

2.5 POSLEDICE NASILNEGA VEDENJA

Posledice nasilnega vedenja v delovnem okolju so obsežne, kompleksne in različne. Največkrat so v ospredju posledice na psihološkem področju. Zaposleni občutijo stres, tesnobo, občutke strahu, motnje spanja kot tudi lastno dožemanje, kakšno je njihovo zdravje. Prav tako je zaradi nezadovoljstva v službi zmanjšana delovna storilnost, pojavi se odsotnost z dela in vsesplošni upad motivacije za delo. To posledično vodi tudi v slabšo oskrbo pacientov. Zaposleni v zdravstveni negi celo zapuščajo poklic zdravstvene nege in se podajajo v poklice izven zdravstva. Vsemu temu lahko rečemo poklicna tesnoba,

katera je odvisna od intenzitete ter časa izpostavljenosti nasilnega vedenja, ki ga zaposleni v zdravstveni negi doživljajo. Dolgotrajna izpostavljenost nasilnemu vedenju pa lahko vodi celo v posttravmatsko stresno motnjo (Edward, et al., 2014; Bernaldo-De-Quiros, et al., 2015; Pekurinen, et al., 2017; Schablon, et al., 2018; Basfr, et al., 2019; Cameron, et al., 2022). Višja raven simptomov posttravmatske stresne motnje je najverjetneje posledica trajnega in neposrednega stika s pacienti, ki lahko izkazujejo nasilno vedenje. Visoka raven simptomov posttravmatske stresne motnje vodi k napakam v klinični presoji, izgorelosti osebja in nezadovoljstvu tako zaposlenih v zdravstveni negi kot pacientov (Zerach & Stalev, 2015). Da je posttravmatska stresna motnja ena izmed najpogostejših posledic na psihološkem področju, je pokazal tudi sistematični pregled 68 raziskav med leti 1985 in 2012, kjer je od 5 do 32 % zaposlenih izpolnjevalo diagnostična merila za posttravmatsko stresno motnjo. Na psihološkem področju so raziskave zaznale pretirano previdnost, razdražljivost, težave s koncentracijo, moten ritem spanja, simptome depresije. Vplivalo je tudi na to, kako je zdravstveni delavec dojemal lastno duševno zdravje. Na področju fizičnih posledic so poročali o poškodbah v razmerju 4,9–65 %. Kategorija tveganj za fizično zdravje je vključevala tudi kronične bolezni, povezane s stresom. Zatem je padlo tudi zadovoljstvo z delovnim mestom. Področje odnosa s pacientom je zajemalo tudi bojazen pred pacienti v razponu 4,3–73 % zaposlenih, ki so se soočili z nasilnim vedenjem. Ta odstotek pa se lahko nanaša za vse paciente in ne le na paciente z nasilnim vedenjem. Kakovost zdravstvene nege se je zmanjšala, od tega je 50 % zaposlenih spremenilo svoje vedenje na delovnem mestu, 15 % pa je izgubilo veselje do dela s pacienti. Izpostavljenost nasilnemu vedenju vpliva tudi na čas, ki ga zaposleni v zdravstveni negi preživijo s pacientom, kar nakazuje na upad zanimanja za paciente. Vse to pa vpliva na socialno integriteto, ki vključuje motnje v družinskih odnosih in motnje v vsakodnevnih aktivnostih. Vse to na koncu vodi v nezadovoljstvo pri delu, slabšo koncentracijo in s tem večjo možnostjo za strokovne napake (Lanctôt & Guay, 2014; Hassankhani, et al., 2018). Nasilno vedenje na delovnih mestih ima lahko dolgotrajne posledice na počutju zaposlenih v zdravstveni negi, s tem pa tudi na delovno uspešnost. Na velikem vzorcu zaposlenih v zdravstveni negi je bilo ugotovljeno, da je nasilno vedenje nad zaposlenimi v zdravstveni negi povezano z manjšim zadovoljstvom pri delu, z večjo izgorelostjo in manjšo varnostjo pacientov (Liu,

et al., 2019b). Posledice pa so na koncu tudi na stigmatizaciji pacientov in pri zaposlovanju osebja (Ramesh, et al., 2018).

2.6 PREPREČEVANJE NASILNEGA VEDENJA

Za spoprijemanje z nasilnim vedenjem in preprečevanjem le-tega je ključno izobraževanje in usposabljanje zaposlenih, ki mora biti kontinuirano. Le z ozaveščenostjo in strokovnim znanjem lahko učinkovito preprečujemo ter zmanjšamo intenziteto nasilnih dejanj (Niu, et al., 2019; Babiarczyk, et al., 2020). S kvalitativno tehniko intervjuja, metodo kritičnega odločanja, ki temelji na analizi kritičnih dogodkov, je mogoče raziskovati zapletene okoliščine nasilnega vedenja pacientov. V raziskavi Janzen et al. (2021) so intervjuvanci izpostavili pomembnost pozitivnega pristopa pri obvladovanju pacientov z nasilnim vedenjem, ki vključuje ohranjanje empatije, zagotoviti čas in prostor pacientu, imeti umirjen pristop ter nadzor nad lastnimi reakcijami ter gradnjo zaupnega odnosa s pacientom. Osebje je lahko do pacientovega položaja bolj empatično, kadar zaznava, da ima pacient slab nadzor nad svojim nasilnim vedenjem. Zaposleni v zdravstveni negi so poročali o bolj čustvenem odzivu na nasilno vedenje pacienta, kadar so za njegovo vedenje krivili pacienta in obratno, torej o čustveno odmaknjenem odzivu, kadar so krivili bolezen pacienta (Janzen, et al., 2021). Učinkovitost intervencij za zmanjševanje nasilnega vedenja nad zaposlenimi v zdravstveni negi lahko razdelimo v tri kategorije: »samostojno« usposabljanje prek delavnic, strukturirani izobraževalni programi daljšega časovnega obdobja ter večstranski ukrepi. Prav za slednje so ugotovili, da so najučinkovitejši pristop, ki vpliva na stopnjo nasilnega vedenja (Somani, et al., 2021). Deeskalacijske tehnike komunikacije se pogosto omenjajo kot tehnike, ki uspešno deeskalirajo pacienta, predvsem pa zmanjšajo potrebo po strožjih ukrepih, kot so posebni varovalni ukrepi oziroma telesno oviranje pacientov. Deeskalacijske tehnike komunikacije vsebujejo večine v oceni situacije, verbalni in neverbalni komunikaciji, samokontroli čustev, oceni tveganja in zagotavljanju varnosti. Proces vsebuje elemente empatije, izogibanje provokativnim vprašanjem, spoštovanju osebnega prostora in varnostno razdaljo (1,5–2 m), primeren ton glasu, ki mora biti nizek in brez sarkazma, pazimo na lastno telesno držo, ki ne sme izkazovati avtoritativnosti, pazimo na obrazno mimiko in kretnje, pozorno poslušanje pacienta, postavljanje meja. Deeskalira vedno ena

oseba, najbolje, da oseba z največ izkušnjami v izvajanju deeskalacije. Na mestu je zavedanje, da tehnike niso vedno uspešne, prav tako pa je potrebna presoja, v kateri situaciji jih uporabiti (Lipovec, 2015; Hallett & Dickens, 2017; Asikainen, et al., 2020). V psihiatričnih ustanovah je eden od specifičnih ukrepov za preprečevanje nasilnega vedenja in posledic takšnega vedenja tudi poseben varovalni ukrep, kjer je pacient fizično oviran v postelji ali počivalniku. Vse to ureja Zakon o duševnem zdravju (2008). Ukrep mora biti uporabljen kot zadnja možnost, ko je potrebno zagotavljanje varnosti pacienta in osebja (Bregar & Možgan, 2012).

Vse raziskave se za zmanjševanje nasilnega vedenja usmerjajo na pacienta samega in na usposobljenost osebja. Pri raziskovanju nasilnega vedenja je treba raziskati tudi morebitni vpliv arhitekturne zasnove oddelkov in pri načrtovanju oddelkov to tudi upoštevati (Rogerson, et al., 2021). Zaradi pomanjkanja raziskav na področju arhitekturne zasnove oddelkov so aktualni arhitekturni načrti usmerjeni zgolj v golo varnost, kot so ključavnice, varnostna okna, pohištvo odporno na udarce itd. Premalo pa se daje poudarku arhitekturnim rešitvam, ki bi zmanjšale stres pacientov. Eden izmed najbolj raziskanih je vpliv enoposteljnih sob z zasebnimi kopalnicami. Na področju psihiatrije so raziskave pokazale povezavo med večposteljnimi sobami in socialnim umikom, saj pacientom odvzemajo zasebnost in boljšo možnost za miren počitek. Vendar je treba biti previden pri pacientih, ki imajo samomorilne misli. Enoposteljne sobe zmanjšujejo nadzor, saj nimajo varnosti, ki jo lahko nudi sostanovalec. Rešitve, ki še lahko pripomorejo k zmanjševanju stresa, so skupni, dovolj veliki prostori za druženje, vrt, dostopen pacientom, naravna umetnost (kjer je potrebna previdnost pri abstraktni umetnosti), dnevna svetloba, arhitekturne rešitve za opazovanje sob z osrednjega območja (Ulrich, et al., 2018). Opozoriti je treba tudi na pomen zakonodaje in politike. V številnih državah znotraj Evropske unije je veliko pomanjkanje enotnosti glede politike kot postopkov glede varnosti in arhitekturne zaščite oddelkov znotraj psihiatričnih ustanov. Usposabljanje zaposlenih za obvladovanje in preprečevanje nasilnega vedenja bi moralo temeljiti na empiričnih dokazih ter na dokazih, podprtih s prakso. Teorijo je treba preizkusiti v praksi in na osnovi tega narediti dobre programe usposabljanja zaposlenih. Glavna pomanjkljivost raziskav se kaže ravno v prenosu v prakso. V raziskavi 17 evropskih držav je bil izstopajoč visok delež zaposlenih, ki se ni nikoli udeležil izobraževanja oziroma se ga niso udeležili v zadnjih petih letih (Cowman, et al., 2017).

Poleg usposabljanja zaposlenih pa je v zadnjih letih pogosto omenjena politika ničelne tolerance do nasilja, ki pomeni, da so vse vrste nasilnega vedenja nesprejemljive. Sama vzpostavitev te politike pa ni dovolj. Zaposleni v zdravstveni negi morajo verjeti in čutiti, da se politika ničelne tolerance dejansko izvaja. Vse to pa pomeni, da je s to politiko vzpostavljen sistem poročanja, ki je učinkovit, da je osebje strokovno usposobljeno, vodje pa so v to politiko aktivno vključeni in zaposlenim v zdravstveni negi nudijo vso podporo. S to vrsto politike pa morajo biti jasno seznanjeni tako obiskovalci kot pacienti (Gillespie, et al., 2015; Schablon, et al., 2018; Babiarczyk, et al., 2020). Bolnišnice bi morale imeti programe podpore, redne klinične nadzore ob takšnih dogodkih ter redne timske sestanke zaposlenih s konstantno redno točko nasilnega vedenja, ki bi zaposlenim omogočalo strokovno razpravo o takšnih dogodkih (Edward, et al., 2014).

2.7 OCENJEVALNE LESTVICE KOT ORODJE ZA PREPREČEVANJE NASILNEGA VEDENJA

Pri spoprijemanju z nasilnim vedenjem s strani pacientov so strukturirana orodja tisti instrumenti, ki zdravstvenemu osebju pomagajo pri zagotavljanju izvajanja na dokazih podprte zdravstvene nege, saj so orodja preverjena v klinični praksi. Lestvice pomagajo osebju zaznati oziroma oceniti paciente, ki so izpostavljeni k tveganju za nasilno vedenje. S tem lahko posledično osebje hitreje izvaja preventivne ukrepe, ki pripomorejo k preprečitvi takšnega vedenja ali vsaj k zmanjšanju posledic nasilnega vedenja in izboljša samo zdravljenje pacientov z duševnimi motnjami (Simpson, et al., 2017; Johnsen, et al., 2020; Dickens, et al., 2020; Lockertsen, et al., 2021; Girasek, et al., 2022). Za ocenjevanje tveganja nasilnega vedenja pri pacientih poznamo več strukturiranih orodij. Velika večina lestvic se uporablja pri pacientih z duševno motnjo oziroma v psihiatričnih ustanovah in urgentnih centrih ter so velikokrat prirejene specifičnemu okolju, kjer se jih uporablja, saj to zahtevajo razlike med kliničnimi okolji: Brøset Violence Checklist (BVC), Behaviorally Activity Rating Scale (BARS), Classification of Violence Risk (COVR), Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA), Structured Assessment of Protective Factors (SAPROF), Level of Service Inventory Revised (LSI-R), Psychopathy Checklist Revised (PCL-R), Psychopathy Checklist Screening Version (PCL:SV), Violence Risk Appraisal Guide (VRAG), Violence Risk Scale (VRS), Short-Term

Assessment of Risk and Treatability (START), Violence Risk Screening-10 (V-RISK-10), Historical, Clinical, Risk Management-20 (HCR-20), Structured Outcome Assessment and Community Risk Monitoring (SORM) (Moursel, et al., 2018; Ramesh, et al., 2018; Johnsen, et al., 2020). V UPK Ljubljana uporabljamo lestvici OAS in BVC.

2.7.1 Lestvica odkrite agresije – The Overt Aggression Scale

Lestvica The Overt Aggression Scale (OAS) je bila razvita za odkrivanje in merjenje agresivnega vedenja pri otrocih in odraslih pacientih. Lestvica vključuje vrsto, trajanje in čas agresije, skupaj z intervencijami in morebitnimi komentarji osebja. OAS obsega dve poddimenziji – agresivno vedenje in same intervencije. Agresivno vedenje v lestvici OAS je sestavljeno iz štirih kategorij, in sicer besedne agresije, avtoagresivnega vedenja, heteroagresivnega vedenja ter agresivnega vedenja do predmetov. Oddelek intervencij v OAS pa obsega enajst postavk, ki zajema intervencije, ki so odvisne od intenzitete agresije, z njimi pa zmanjšamo posledice takšnega vedenja. Zaradi natančnejšega opisa vedenja lestvica izkazuje intenziteto nasilnega vedenja, medtem ko je napovedna vrednost za nasilno vedenja slabša v primerjavi z lestvico BVC, kljub temu pa intenziteta daje določeno vrednost tudi pri napovedi (Lapanja, 2012; Moursel, et al., 2018).

2.7.2 Broset lestvica nasilnega vedenja – Brøset Violence Checklist

Med širokim naborom lestvic pa je lestvica Brøset Violence Checklist (BVC) najpogosteje uporabljena, prav tako pa se je zanjo izkazalo, da je visoko učinkovita pri prepoznavi pacientov s tendenco nasilnega vedenja (Janzen, et al., 2022). BVC je orodje za napoved nasilnega vedenja v 24 urah. Ocenjujemo prisotnost ali odsotnost treh značilnosti ali stanj pacienta (zmedenost, razdražljivost in glasnost) in treh napadov s strani pacienta (verbalne grožnje, fizične grožnje ter agresija do predmetov). Pacienta ocenimo glede na opisana vedenja. Odsotnost posamičnega vedenja ocenimo z 0 točk, prisotnost pa z 1 točko. Rezultat interpretiramo na način, da 0 točk pomeni nizko tveganje za nasilno vedenje, 1 do 2 točki pomenita, da je tveganje zmerno, seštevek ocen nad 2 točki pa nakazujejo na obstoj velikega tveganja za nasilno vedenje v naslednjih 24 urah, pri tem pa je treba sprejeti preventivne ukrepe. Treba se je zavedati, da lestvica BVC

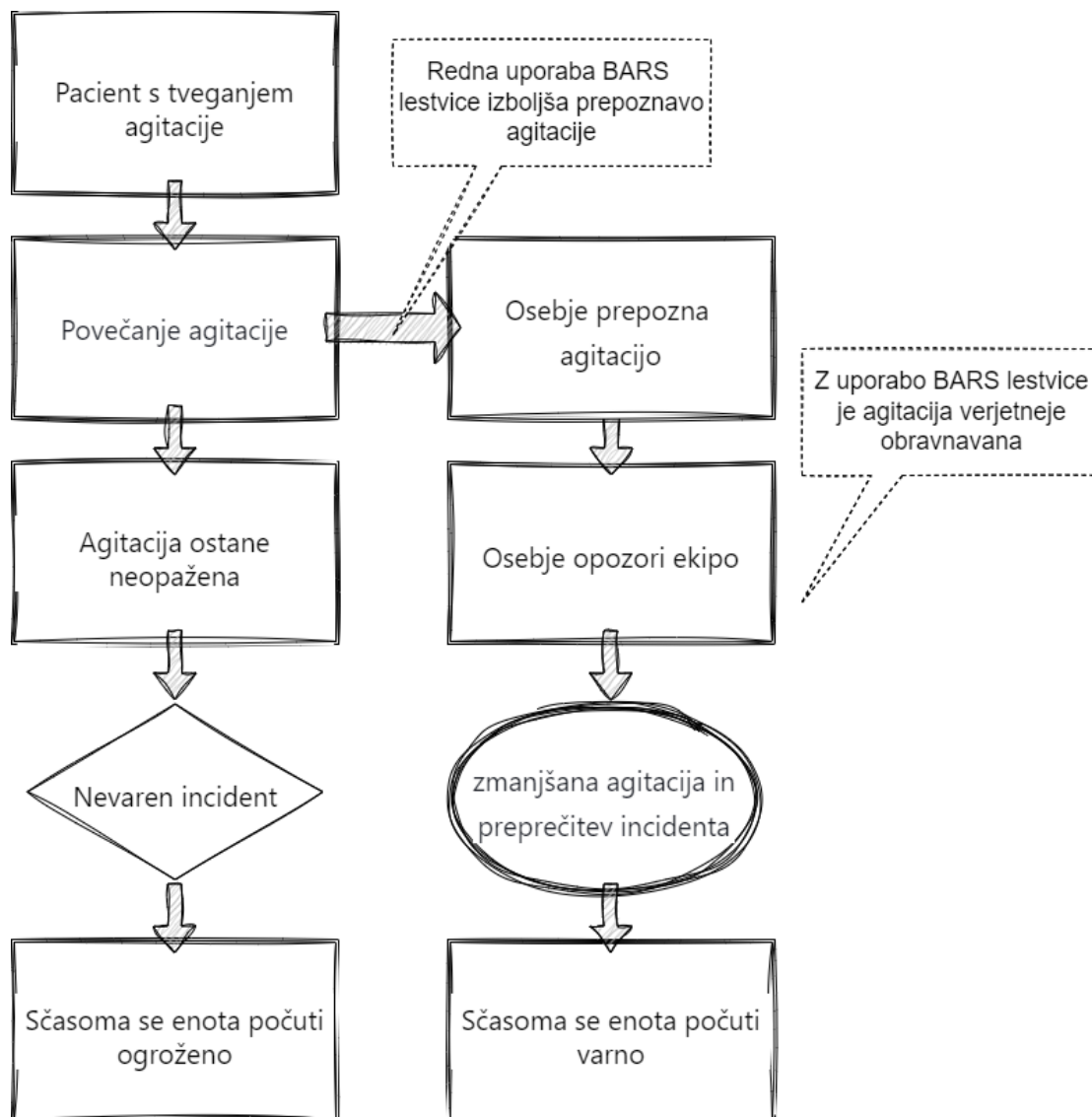
poskuša napovedati tveganje, vendar iz nje ne izhaja opredelitev nasilnega vedenja. Med glavno pomanjkljivost lestvice BVC lahko štejemo, da nekatere postavke, ki se štejejo kot dejavniki tveganja, v drugih lestvicah štejejo za nasilno vedenje. Zaradi tega dobro napove fizično nasilno vedenje, ne napoveduje pa verbalno nasilnega vedenja (Yao, et al., 2014; Moursel, et al., 2018; Font Pujol, et al., 2020; Girasek, et al., 2022).

2.7.3 Uporabnost lestvic v klinični praksi

Pred uporabo lestvic je potrebno zavedanje, da preventivni ukrepi lahko pri pacientu pomenijo tudi stigmo, saj se tveganja, ki jih lestvice pri pacientih zaznavajo, ne projicirajo vedno tudi v dejansko izvedeno nasilno vedenje (Font Pujol, et al., 2020).

Uporaba strukturiranih orodij bi morala imeti prednost pred osebno presojo, saj ta presoja ni strukturirana in na dokazih podprta, je subjektivna in se razlikuje od vsakega posameznika in zmanjšuje možnost za uspešno obvladovanje tveganja za nasilno vedenje (Ramesh, et al., 2018). Smernice Nacionalnega inštituta za zdravje in klinično odličnost Združenega kraljestva Velike Britanije in Severne Irske priporočajo uporabo strukturiranih orodij, kot je lestvica BVC ter druge (National Institute for Health and Care Excellence, 2015). Zgodnje prepoznavanje pacientov, pri katerih obstaja verjetnost za nasilno vedenje, je ključnega pomena. Hitra ocena prek lestvic pomeni dovolj hitro deeskalacijo pacienta, to pa vodi v manjšo uporabo težjih ukrepov za obvladovanje takšnega vedenja kot tudi manjšo možnost za negativne posledice tako pri pacientu kot pri osebju. Če je osebje strokovno usposobljeno, je pri oceni nasilnega vedenja suvereno. Suverenost pa prinaša manj stresa že v tako stresni situaciji, ko se osebje sooča z nasilnim vedenjem. Poročanje o oceni lestvice je dobro tudi za dialog med zaposlenimi v zdravstveni negi in zdravniki, saj poročanje spodbuja komunikacijo, osebje pa se nato počuti varnejše (Simpson, et al., 2017). Sistematični pregled in metaanaliza devetih lestvic sta pokazala, da so strukturirana orodja, ki so bila zasnovana za napovedovanje neposrednega nasilja (npr. lestvica BVC), bolj napovedovala nasilno vedenje kot orodja, ki so bila zasnovana za daljše spremljanje (Ramesh, et al., 2018). Raziskava Van de Sande, et al. (2011) je pokazala, da je zmanjšanje števila incidentov zaradi nasilnega vedenja povezano s kratkoročno strukturirano oceno tveganja, ki je vključena v vsakodnevno prakso. Brez uporabe strukturirane ocene tveganja na dnevni osnovi lahko

traja dlje, kot je potrebno, preden se osebje zave izboljšanja/poslabšanja vedenja pacientov (Van de Sande, et al., 2011). Leta 2008 so v raziskavi v Švici ocenjevali uporabnost lestvice BVC in lestvice SOAS-R (Staff Observation Aggression Scale) pri obvladovanju pojavnosti nasilnega vedenja in posebnih varovalnih ukrepov pri 2364 pacientih iz štirinajstih psihiatričnih oddelkov. Z uporabo strukturiranega orodja – lestvico kratkoročnega tveganja za agresivno vedenje na akutnih psihiatričnih oddelkih – se je število incidentov nasilnega vedenja pacienta zmanjšalo za 41 %, medtem ko se je potreba po posebnih varovalnih ukrepih zmanjšala za 27 % (Abderhalden, et al., 2008). V raziskavi na Danskem so leta 2016 izvedli raziskavo z delno naključno regresijsko diskontinuitetno zasnovo na petnajstih psihiatričnih oddelkih, katera je zajela 2030 pacientov z namenom, ali uporaba lestvice BVC zmanjša pogostost nasilnega vedenja pacientov. Zaradi manjšega sodelovanja oddelkov niso dosegli moči, ki jih je predvidevala analiza moči. Vendar rezultati kljub temu kažejo, da uporaba lestvice BVC zmanjša število incidentov z nasilnim vedenjem (Hvidhjelm, et al., 2016). Lestvica BARS (Behavioural Activity Rating Scale) ugotavlja agitacijo pacienta kot vitalni znak, razvita pa je bila za ocenjevanje učinkovitosti terapije z intramuskularnimi antipsihotiki. Lestvica je enostavna za uporabo in zazna hitre spremembe vedenja pri pacientu. Hitro zaznavanje pa poveča možnost, da se prepreči nasilno vedenje pacienta. Sestavljena je iz sedmih ocen stanja pacienta. Ocena do 3 kaže nizko stopnjo aktivnosti, ocena 4 kaže normalno vrednost, ocena 5 do 7 pa povečano stopnjo, ki kaže na vznemirjenost pacienta in od osebja zahteva ukrepanje. Z redno uporabo lestvice pride do opolnomočenosti osebja za zgodnjo prepoznavo, kar pa vodi v občutek večje varnosti, saj se aktivno deluje na preprečevanju dejavnikov, ki vodijo v možnost nasilnega vedenja pacienta, kar prikazuje slika 2 (Simpson, et al., 2017).



Slika 2: Konceptualni model uporabe lestvice BARS

(Simpson, et al., 2017, p. 62)

Lestvice pa so uporabne tudi za ugotavljanje značilnosti in pogostosti incidentov z nasilnim vedenjem. To je pokazala raziskava Johnsen, et al. (2020), ki je bila izvedena v enajstih urgentnih ambulantah primarnega zdravstva na Norveškem. Rezultati so pokazali visoko prevalenco nasilnega vedenja v zdravstvu. Ponovno je izstopalo, da so zaposleni v zdravstveni negi najpogostejše tarče nasilnega vedenja in tudi posledice pri njih so najpogostejše ter hude. V njihovem primeru so uporabljali lestvico SOAS-RE, katero je prav tako mogoče uporabiti za evidenco nasilnih incidentov kot tudi podatkov, ki so zelo

uporabni pri detekciji in pri snovanju ukrepov za preprečevanje nasilnega vedenja (Johnsen, et al., 2020).

Lestvice so obetavno orodje za oceno tveganja za nasilno vedenje, vendar je pri uporabi lestvic potrebno zavedanje, da imajo določene omejitve, predvsem pri zanesljivosti. Glavni namen lestvic bi sicer moral biti bolj usmerjen v opredelitev vzročnih tveganj, katera moramo zmanjšati, da zagotovimo varnost pacientov in uspešno zdravljenje (Dickens, et al., 2020), kot pa se na njih zanašati kot na edino orodje, ki strukturirano prikazuje tveganje za nasilno vedenje pacientov. Pomembno je, da uporabo lestvic jemljemo kot instrument za ocenjevanje, ki zaposlene vodi k večji pozornosti za obvladovanje spodbudnega terapevtskega odnosa (Hartvig, et al., 2011). Če vzamemo za primer lestvico BVC, ki je najpogosteje uporabljena (Janzen, et al., 2022), se je treba zavedati omejitev pri pravilni prepoznavi pacientov s tendenco nasilnega vedenja. V primeru raziskave (Partridge & Affleck, 2018) so z uporabo omenjene lestvice prepoznali 45,7 % pacientov s potencialno nasilnim vedenjem. Od tega pa je bilo na koncu 55,2 % pacientov, ki so bili dejansko v vedenju nasilni. Lockertsen, et al. (2021) opozarjajo na neupoštevanje okoljskih in medosebnih dejavnikov, ki v lestvici BVC manjkajo, čeprav je znano, da ima interakcija med zaposlenimi in pacienti pomembno vlogo. Tu je pomembno zavedanje zaposlenih, da morajo pri oceni tveganja upoštevati tudi druge dejavnike in se ne zanašati zgolj na lestvico samo. Hartvig, et al. (2011) opozarjajo na obstoj tveganja lažno pozitivne ocene za nasilno vedenje, kar lahko vodi v stigmatizacijo pacientov, saj tako prihaja do neutemeljene nevarnosti nasilnega vedenja pacientov.

3 EMPIRIČNI DEL

V slovenskem prostoru analiza in uporabnost lestvice OAS/BVC v daljšem časovnem obdobju še ni bila raziskana, zato smo problematiko v empiričnem delu dodatno raziskali.

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen magistrskega dela je bil raziskati pojavnost in dinamiko različnih oblik nasilnega vedenja s strani pacientov s pomočjo lestvice OAS/BVC v obdobju 2018–2021 ter raziskati uporabnost lestvic. Namen je bil tudi odkriti razmišljanje zaposlenih o nasilnem vedenju ter uporabnosti lestvice OAS/BVC. Na podlagi analize lestvice OAS/BVC smo izdelali priporočila za preprečevanje in učinkovit pristop s spoprijemanjem problema pojavnosti nasilnega vedenja v vsakdanji klinični praksi.

Cilji raziskave so bili:

- definirati pojavnost različnih oblik nasilnega vedenja;
- opredeliti trajanje nasilnih vedenj;
- ugotoviti pojavnost različnega nasilnega vedenja glede na spol;
- ugotoviti pojavnost različnega nasilnega vedenja glede na oddelke v bolnišnici;
- ugotoviti pojavnost različnega nasilnega vedenja glede na delovno izmeno;
- ugotoviti uporabnost lestvice za oceno tveganja za nasilno vedenje;
- odkriti dojemanje zaposlenih o pojavnosti nasilnega vedenja.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE IN RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Za proučevanje lestvice OAS/BVC smo v prvem delu raziskave analizirali izpolnjene obrazce OAS/BVC v obdobju 2018–2021. V hipotezah smo preverili povezave resnosti nasilnega vedenja z nekaterimi dejavniki za nasilno vedenje, ki so bili vključeni v obrazce:

Hipoteza 1: Čas trajanja nasilnega vedenja je pozitivno povezano s stopnjo izkazanega nasilnega vedenja.

Hipoteza 2: Trajanje nasilnega vedenja je daljše pri ženskem kot pri moškem spolu.

Hipoteza 3: Čas trajanja nasilnega vedenja je najdaljši na sprejemnih oddelkih v primerjavi z ostalimi oddelki.

Hipoteza 4: S pojavnostjo nasilnega vedenja je najbolj obremenjena dopoldanska izmena.

Hipoteza 5: Pojavnost nasilnega vedenja je nižja v poletnih mesecih.

Hipoteza 6: Moški spol je povezan z resnejšimi posledicami nasilnega vedenja kot ženski spol.

Hipoteza 7: Povprečna ocena BVC je na oddelkih pod posebnim nadzorom višja v primerjavi z ostalimi oddelki.

Hipoteza 8: Telesno oviranje s pasovi je pogostejše pri moškem kot pri ženskem spolu.

Hipoteza 9: Povprečno število vseh dogodkov je bilo večje v času epidemije kot pred epidemijo SARS-CoV-2.

Za kvalitativno proučevanje razumevanja pojava nasilnega vedenja, uporabnosti lestvice OAS/BVC in soočanju z nasilnim vedenjem smo si postavili raziskovalna vprašanja, in sicer na podlagi pogostih vprašanj o teh temah v kliničnem okolju:

RV 1: Kako gledate na pojavnost različnih oblik nasilnega vedenja?

RV 2: Kaj menite o uporabnosti lestvice OAS/BVC?

RV 3: Kako se soočate z nasilnim vedenjem?

3.3 METODE RAZISKOVANJA

Uporabili smo mešane metode raziskovanja.

3.3.1 Dizajn raziskave

V teoretičnem delu magistrskega dela smo uporabili deskriptivno metodo dela. Pregledali smo relevantno slovensko in tujo znanstveno literaturo s področja nasilja v psihiatriji ter uporabe lestvic OAS in BVC na področju zdravstvene nege v psihiatriji. Sistematični pregled znanstvene literature smo opravili v podatkovnih bazah vzajemno bibliografsko-kataložne baze podatkov Virtualne knjižnice (COBISS.SI), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), ScienceDirect, PubMed idr. Iskanje smo omejili na objave s celotnim besedilom v znanstvenih ali strokovnih recenziranih revijah. Strokovno literaturo smo iskali po ključnih besedah: nasilje pacientov/violence patients, zdravstvena nega v psihiatriji/psychiatric nursing, lestvica odkrite agresije/Overt Aggression Scale, Broset lestvica nasilnega vedenja/Brøset Violence Checklist, duševne motnje/mental disorders. Uporabili smo Boolov operator AND. Iskanje literature smo omejili na obdobje med 2012 in 2023 (starejšo literaturo smo izbrali le v izjemnih primerih, ko je bila ta relevantna z našo raziskavo).

Empirični del magistrskega dela je temeljil na mešani raziskavi. Najprej smo izvedli kvantitativno neeksperimentalno opisno retrospektivno raziskavo. Po analizi podatkov iz kvantitativnega dela raziskave smo v kvalitativnem delu raziskave izvedli individualne polstrukturirane intervjuje, s katerimi smo podrobneje in globlje raziskali pojav dožemanja nasilnega vedenja ter soočanje zaposlenih z nasilnim vedenjem v kliničnem okolju. Uporabili smo fenomenološki pristop kvalitativnega raziskovanja, kjer se osredotočamo na doživljanje nekega dogodka in se sprašujemo, zakaj, kako in kdaj se dogodek dogaja (Mesec, 1998). V našem primeru je bil proučevan pojav nasilno vedenje nad zaposlenimi.

3.3.2 Instrument raziskave

V prvem kvantitativnem delu sta instrument predstavljali lestvici OAS/BVC za oceno tveganja za agresivno vedenje. Lestvico OAS je oblikoval Yudofsky, et al. (1986) v Združenih državah Amerike. Lestvica BVC je bila razvita v empiričnem delu s strani Lnaker & Busch-Iversen (1995). Uveljavil jo je Almvik na Norveškem (Almvik & Woods, 1999).

Vseh postavk v instrumentu je 42. V prvem delu so demografski podatki – pacientovi podatki, spol, enota, oddelek, datum ocenjevanja ter čas in trajanje dogodka. V drugem delu je prvi del lestvice OAS, ki zajema opredelitev štirih kategorij agresije glede na njihovo intenziteto – besedna agresija, avtoagresivno vedenje, agresivno vedenje do predmetov ter heteroagresivno vedenje. Vsaka od kategorij vsebuje štiri vrste opisov vedenja. V tretjem delu je lestvica BVC, ki vsebuje šest postavk – zmedenost, nemir; napetost, razdražljivost, konfliktnost; glasnost, zahtevnost; verbalne grožnje; fizične grožnje in nasilnost do predmetov. V slovenskem prostoru se je dodala še sedma postavka (agresivno vedenje do ljudi), ki v originalu lestvice ni dodana. Možnost odgovora na posamezno postavko je dihotomen (prisoten oziroma ni prisoten). V četrtem delu se nahaja drugi del lestvice OAS, ki v našem primeru vsebuje dvanajst postavk izvedenih intervencij po incidentu: brez, pogovor s pacientom, pozornejše opazovanje pacienta, držanje pacienta, aplikacija per os terapije, aplikacija intramuskularne terapije, izolacija brez osamitve (»time out«), diskretni nadzor pacienta, telesno oviranje s pasovi, poškodba terja takojšnje zdravljenje pacienta, poškodba terja takojšnje zdravljenje druge osebe in drugo. Tudi odgovor na izvedene intervencije je dihotomen (izvedeno oziroma neizvedeno).

V drugem kvalitativnem delu zasnovane raziskave smo podatke pridobili z individualnimi polstrukturiranimi intervjuji (Kordeš & Smrdu, 2015). Individualne polstrukturirane intervjuje smo izvedli posamezno, z zaposlenimi v zdravstveni negi in medicini. Posameznikom smo zastavili tri glavna raziskovalna vprašanja in podvprašanja, ki so bila odvisna glede na razumevanje udeleženca raziskave problematike. Glavna vprašanja, ki so bila zastavljena vsem udeležencem, so bila usmerjena na globlje razumevanje njihovega lastnega počutja in dožemanja nasilnega vedenja s strani pacientov:

Kako gledate na pojavnost različnih oblik nasilnega vedenja?

Kaj menite o uporabnosti lestvice OAS/BVC?

Kako se soočate z nasilnim vedenjem?

3.3.3 Udeleženci raziskave

V kvantitativnem delu je vzorec zajemal vse izpolnjene lestvice OAS/BVC v obdobju 2018–2021. Eno enoto raziskovanja je predstavljala ena izpolnjena lestvica. V štirih letih je bilo izpolnjenih 4876 lestvic. Analizirali smo vse izpolnjene lestvice.

V raziskavi je bilo od 4876 lestvic 53,7 % lestvic izpolnjenih na ženski spol ter 46,3 % lestvic na moški spol. Največje število lestvic oziroma 27,2 % vseh lestvic je bilo zabeleženih v spomladanskih mesecih (marec, april, maj), 25,1 % v jesenskih mesecih (september, oktober, november), 24,6 % v zimskih mesecih (december, januar, februar), ter 23,1 % v poletnih mesecih (junij, julij, avgust). 43,9 % vseh lestvic je bilo obravnavanih v popoldanskih izmenah, 35,6 % v dopoldanskih ter 17,8 % v nočnih izmenah (tabela 1).

Tabela 1: Demografski podatki

Spol	n	%
moški	2259	46,33
ženski	2617	53,67
skupaj	4876	100,00
Oddelki (splošno)		
sprejemni oddelek	2818	57,79
ostali oddelki	2048	42,00
ni podatka	10	0,21
skupaj	4876	100,00
Oddelki (nadzor)		
oddelki pod posebnim nadzorom	3686	75,59
ostali oddelki	1180	24,20
ni podatka	10	0,21
skupaj	4876	100,00
Izmena		
dopoldanska (7.00–14.00)	1735	35,58
popoldanska (14.00–21.00)	2140	43,89
nočna (21.00–7.00)	871	17,86
ni podatka	130	2,67
skupaj	4876	100,00
Leto		
	n	%
2018	843	17,29
2019	1217	24,96
2020	1478	30,31

Leto	n	%
2021	1338	27,44
skupaj	4876	100,00
Mesec		
januar	364	7,47
februar	386	7,92
marec	430	8,82
april	392	8,04
maj	505	10,36
junij	370	7,59
julij	399	8,18
avgust	358	7,34
september	381	7,81
oktober	400	8,20
november	443	9,09
december	448	9,19
Skupaj	4876	100,00

Legenda: n = število; % = odstotek; oddelki splošno/nadzor = sprejemni moški oddelek in sprejemni ženski oddelek sta oddelka pod posebnim nadzorom. Naziv oddelka pod posebnim nadzorom imata še dva oddelka, ki pa nista bila sprejemna oddelka, zato je v tabeli prikaz ločen.

Udeleženci polstrukturiranih intervjujev so bili zaposleni v zdravstveni negi in medicini. Udeleženci so bili povabljeni iz oddelkov, obremenjenih z nasilnim vedenjem in iz oddelkov, ki so manj obremenjeni. Namenski vzorec udeležencev je bil sestavljen iz udeležencev oddelkov pod posebnim nadzorom in dežurstva ter oddelkov odprtega tipa. Izvedli smo sedem individualnih intervjujev, od tega sta bila dva zdravnika (ženski in moški spol), dve diplomirani medicinski sestri (ženski in moški spol) in trije tehniki zdravstvene nege (ženski spol).

3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Kvantitativno zasnovano raziskavo smo izvedli z analizo izpolnjenih lestvic v obdobju od 1. 1. 2018 do 31. 12. 2021. Pred izvedbo raziskave smo pridobili vsa potrebna soglasja vodstva Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana in Etične komisije Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana. Pri Komisiji Republike Slovenije za medicinsko etiko nismo iskali soglasja, ker pacienti neposredno niso bili vključeni v raziskavo, podatki lestvic pa so bili popolnoma anonimizirani. Udeleženci v kvalitativnem delu so bili zaposleni, za katere prav tako ni bilo treba dobiti dovoljenja Komisije Republike

Slovenije za medicinsko etiko. Pridobili pa smo dovoljenje Etične komisije UPK Ljubljana.

Pred izvedbo intervjujev smo vsakega udeleženca zaprosili za pisno soglasje sodelovanja v raziskavi. Z vsakim od udeležencev smo opravili uvodni pogovor, kjer smo jih seznanili z namenom, cilji in raziskovalnimi vprašanji. Pred pričetkom intervjuja smo udeležence seznanili z anonimnostjo pri obdelavi podatkov in prostovoljno vključenostjo v raziskavo ter pridobili vsa potrebna soglasja. O terminu in kraju smo udeležence zaradi lažje uskladitve delovnih obveznosti obvestili mesec dni pred predvidenim terminom. Intervjuje z zaposlenimi smo izvedli v časovnem okviru 1. 2. 2023 do 31. 3. 2023. Sedem dni pred predvidenim srečanjem smo jim poslali tudi izhodiščna vprašanja. Posamezen intervju je bil v povprečju dolg od 15 do 35 minut. Intervjuje smo z dovoljenjem snemali in jih dobesedno prepisali ter analizirali. Zaradi sledljivosti in namena anonimiziranosti smo vsak individualni intervju šifrirali. Prvi del šifre opredeli številko intervjuja, drugi del šifre opredeli poklic intervjuvanca, tretji del šifre opredeli spol intervjuvanca in vrsto oddelka, kjer intervjuvanec dela, četrti del šifre opredeljuje številko kode. V tabeli 2 navajamo primer šifre: 6/TZN/MOPD-1 ter razlago posameznih kod.

Tabela 2: Razlaga kod

Koda	Opis
TZN	tehnik zdravstvene nege (ž/m)
Z	zdravnik (ž/m)
DMS	diplomirana medicinska sestra (ž/m)
OPD	oddelek pod posebnim nadzorom
OD	odprti oddelek
D	dežurstvo

Upoštevana so bila načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) ter Načela skladnosti Helsinške deklaracije (2013).

3.3.5 Obdelave podatkov

Najprej smo kvantitativne podatke vnašali v program Microsoft Excel, nato smo iz

pridobljenih podatkov v program Microsoft Excel po letih združili vse podatke v en Excelov dokument, ki je združeval vse skupne spremenljivke po letih. Dodatno smo že v bazi rekodirali po datumih mesece ter po urah izmene (dopoldanska, popoldanska, nočna). Ko je bila podatkovna baza pripravljena, smo jo uvozili v SPSS. V SPSS-u smo za potrebe zastavljenih hipotez predhodno prečistili in združili posamezne spremenljivke ter pravilno pripravili podatke za inferenčno statistiko. Osnovno opisno statistiko s pregledom vseh spremenljivk v raziskavi smo izvedli s proceduro »descriptive statistics« v SPSS-u. Različne trende nasilnih vedenj po letih ali mesecih smo prikazali z grafikoni v Excelu. Hipotezo 1 smo preverili s Pearsonovim koeficientom korelacije. Hipotezo 2 in hipotezo 3 smo preverili s t-testom za neodvisne vzorce. Hipotezo 4 smo preverili z ANOVO in pripadajočimi post hoc testi. Hipotezo 5 smo preverili s t-testom za neodvisne vzorce. Hipotezo 6 in hipotezo 8 smo preverili s Hi-kvadrat preizkusom. Hipotezo 7 smo preverili s t-testom za neodvisne vzorce.

Pri analizi kvalitativnih podatkov smo uporabili metodo analize vsebine (Kordeš & Smrdu, 2015). Analizo vsebine po Kordešu in Smrdu (2015) smo izvedli z nazornim poslušanjem posnetkov individualnih intervjujev, nato smo naredili dobessedni prepis vsega gradiva. Po ureditvi zapisov zbranih podatkov smo nato odprto kodirali in kode razvrstili v posamezne kategorije in podkategorije, s katerimi smo lahko odgovorili na raziskovalna vprašanja.

3.4 REZULTATI

V nadaljevanju so posebej predstavljeni rezultati kvantitativnega in kvalitativnega dela izvedene študije primera.

3.4.1 Rezultati kvantitativno zasnovanega dela raziskave

V letih od 2018 do 2021 je bilo po lestvici OAS prisotnega največ nasilnega vedenja v kategoriji besedne agresije ($n = 8977$; 57,1 %), heteroagresivno vedenje ($n = 3931$; 25,0 %), agresivno vedenje do predmetov ($n = 2126$; 13,5 %). Najmanj je bilo prisotnega avtoagresivnega vedenja ($n = 692$; 4,4 %) (tabela 3).

Tabela 3: Frekvenčna porazdelitev kategorij nasilnih vedenj od leta 2018 do 2021

2018–2021	Prisoten pojav oziroma vsaj eno izmed nasilnih vedenj	
	n	%
Besedna agresija	8977	57,08
Avtoagresivno vedenje	692	4,40
Agresivno vedenje do predmetov	2126	13,52
Heteroagresivno vedenje	3931	25,00
Skupaj	15726	100,00

Legenda: n = število; % = odstotek

V letih od 2018 do 2021 je bilo po lestvici OAS izvedenih 14574 intervencij, kjer sta bili najpogostejši izvedeni intervenciji pogovor s pacientom (n = 4632; 95,11 %) in pozornejše opazovanje pacienta (n = 3998; 82,09 %). Med najmanj izvedenimi intervencijami sta bili intervenciji, kjer je poškodba terjala takojšnje zdravljenje druge osebe (n = 6; 0,12 %) in intervencija, kjer je poškodba terjala takojšnje zdravljenje pacienta (n = 4; 0,08 %) (tabela 4).

Tabela 4: Frekvenčna porazdelitev izvedenih intervencij

Analiza več možnih odgovorov	Izvedene intervencije		% vseh izvedenih intervencij
	n	%	
Pogovor s pacientom	4632	31,78	95,11
Bolj pozorno opazovanje pacienta	3998	27,43	82,09
Držanje pacienta	1755	12,04	36,04
Aplikacija terapije p. o.	1635	11,22	33,57
Aplikacija terapije i. m.	1200	8,23	24,64
Telesno oviranje s pasovi	1126	7,73	23,12
Diskretni nadzor pacienta	79	0,54	1,62
Brez	71	0,49	1,4
Izolacija brez osamitve	68	0,47	1,40
Poškodba terja takojšnje zdravljenje druge osebe	6	0,04	0,12
Poškodba terja takojšnje zdravljenje pacienta	4	0,03	0,08
Skupaj	14574	100,00	299,30

Legenda: n = število; % = odstotek

V letu 2018 je bilo največ lestvic izpolnjenih na ženski spol. Od leta 2019 dalje pa se prikazuje trend naraščanja izpolnjenih lestvic na moški spol. Prav tako se od leta 2018 kaže zmanjševanje izpolnjenih lestvic na oddelkih pod posebnim nadzorom, od leta 2020 naprej se je ponovno začelo povečevati število izpolnjenih lestvic na oddelkih pod posebnim nadzorom (tabela 5).

Tabela 5: Kontingenčna tabela spola ter oddelka glede na leta zbiranja podatkov

Leto	Spol		Oddelok (splošno)		Oddelok (nadzor)		
	Moški	Ženski	Ostali oddelki	Sprejemni oddelok	Ostali oddelki	Oddelki pod posebnim nadzorom	
2018	n	374	469	428	405	155	677
	%	44,40	55,60	51,41	48,59	18,61	81,39
2019	n	510	707	670	548	302	915
	%	41,91	58,09	54,52	45,48	24,82	75,18
2020	n	683	795	842	636	406	1073
	%	46,21	53,79	56,50	43,50	27,47	72,53
2021	n	692	646	878	459	317	1021
	%	51,72	48,28	65,70	34,30	23,69	76,31
Skupaj	n	2259	2617	2818	2048	1180	3686
	%	46,30	53,70	57,85	42,14	24,30	75,70

Legenda: n = število; % = odstotek; oddelki splošno/nadzor = sprejemni moški oddelok in sprejemni ženski oddelok sta oddelka pod posebnim nadzorom. Naziv oddelka pod posebnim nadzorom imata še dva oddelka, ki pa nista bila sprejemna oddelka, zato je v tabeli prikaz ločen.

Tabela 6 prikazuje letne ocene po lestvici BVC. Najvišja povprečna letna ocena na lestvici BVC je znašala v letu 2021 ($\bar{x} = 4,94$), sledi leto 2018 ($\bar{x} = 4,78$), 2019 ($\bar{x} = 4,73$) ter 2020 ($\bar{x} = 4,61$). Po lestvici BVC ocena 2 ali več pomeni visoko tveganje za agresivno vedenje. Največ ocen lestvice BVC z oceno 2 je naraščalo od leta 2018 (n = 26), 2019 (n = 53), 2020 (n = 93), medtem ko je v letu 2021 prišlo do upada ocen z 2 (n = 45) (tabela 6).

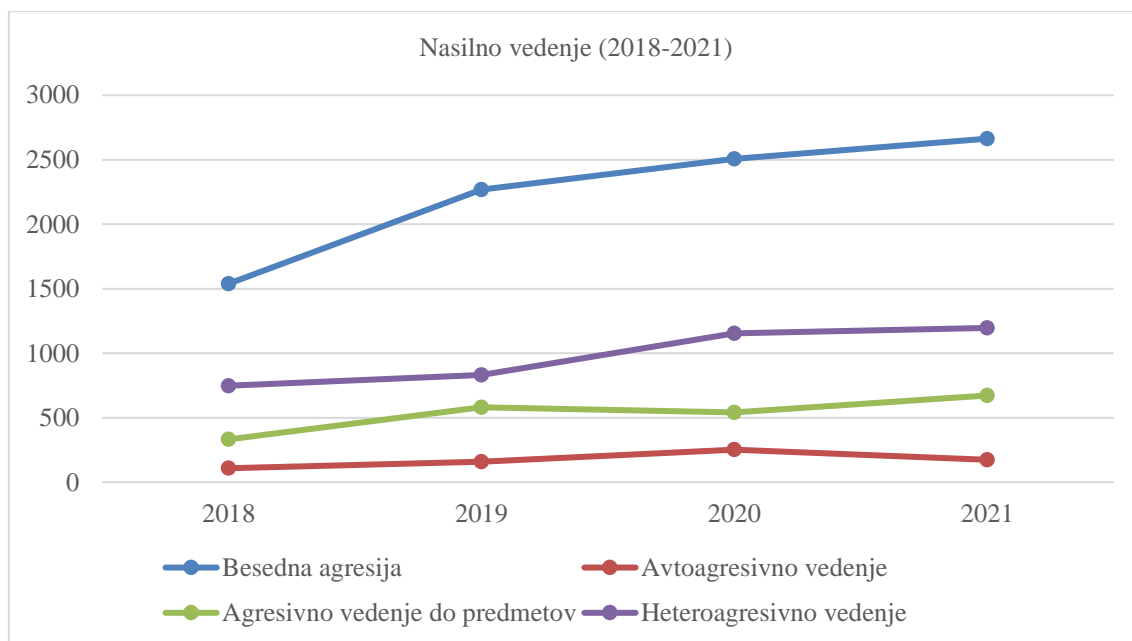
Tabela 6: Primerjava ocene BVC po letih

Ocena BVC	0	1	2	3	4	5	6	7	Skupaj	PV	SO	
2018	n	42	15	26	150	172	106	26	306	843	4,78	2,041
	%	4,98	1,78	3,08	17,79	20,40	12,57	3,08	36,30	100,00		
2019	n	0	10	53	230	317	252	60	295	1217	4,73	1,578
	%	0,00	0,82	4,35	18,90	26,05	20,71	4,93	24,24	100,00		
2020	n	0	19	93	273	377	310	104	302	1478	4,61	1,583
	%	0,00	1,29	6,29	18,47	25,51	20,97	7,04	20,43	100,00		
2021	n	0	8	45	202	348	252	125	358	1338	4,94	1,557
	%	0,00	0,60	3,36	15,10	26,01	18,83	9,34	26,76	100,00		
Skupaj	n	42	52	217	855	1214	920	315	1261	4876	4,76	1,667
	%	0,86	1,07	4,45	17,53	24,90	18,87	6,46	25,86	100,00		

Legenda: n = število; % = odstotek; PV = povprečje; SO = standardni odklon

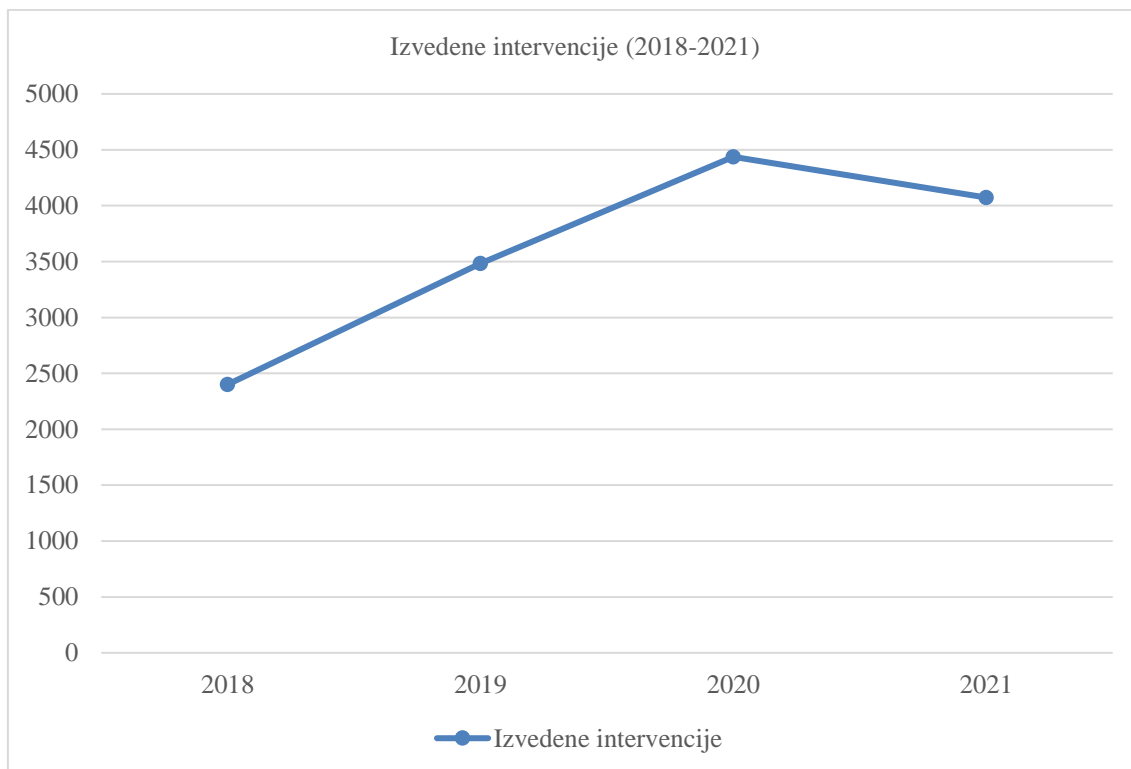
Slika 3 prikazuje posamezne kategorije nasilnega vedenja po letih. Kategorija besedna

agresija po lestvici OAS je vse od leta 2018 naraščala, vrh je dosegla v letu 2021, ko je bilo zabeleženih 2665 posameznih vedenj. Prav tako sta vse od leta 2018 naraščali kategoriji heteroagresivnega vedenja, ki je ravno tako dosegla vrh v letu 2021 (n = 1196) ter kategorija agresivno vedenje do predmetov ravno tako v letu 2021 (n = 673). Kategorija avtoagresivnega vedenja je vrh dosegla v letu 2020 (n = 252).



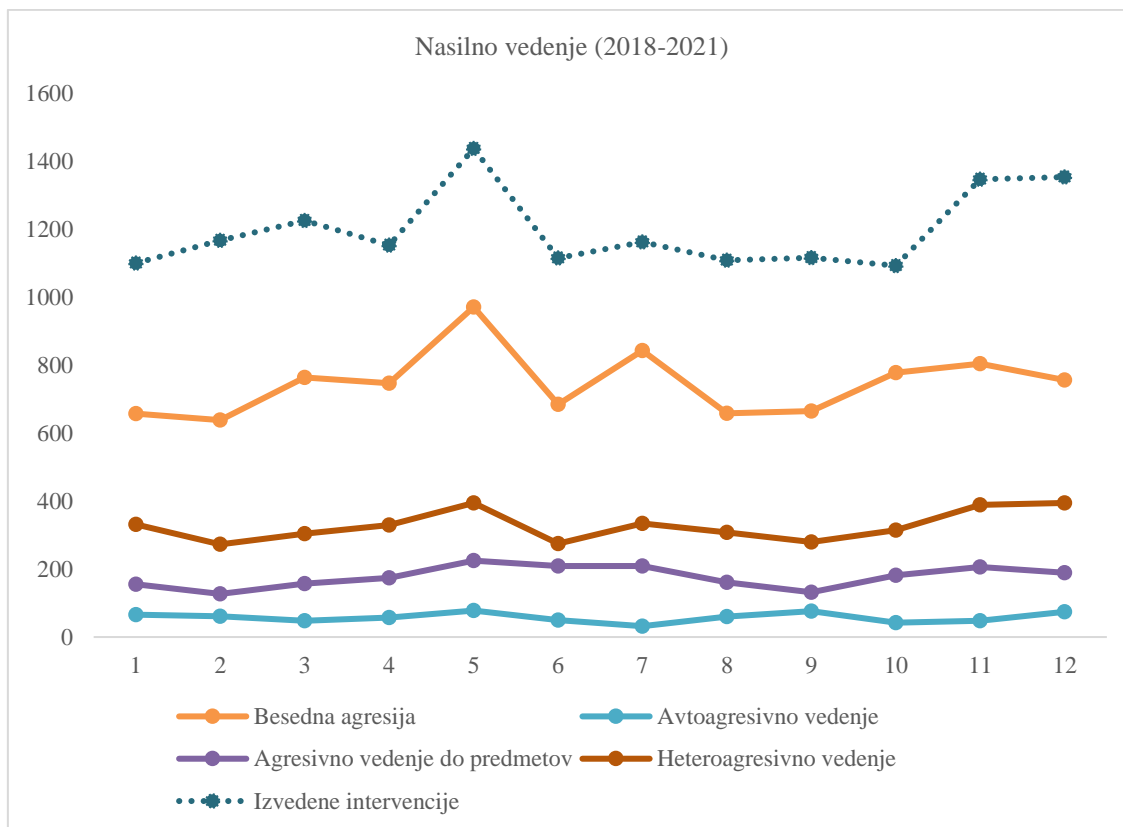
Slika 3: Trendi posameznega nasilnega vedenja po lestvici OAS po letih

Slika 4 prikazuje izvedene intervencije po lestvici OAS po letih. Trend izvedenih intervencij je vrh dosegel v letu 2020, ko je bilo izvedenih 4473 intervencij. V letu 2021 je bilo prvič zaznati padec izvedenih intervencij (n = 4105). Največji padec intervencij se je v primerjavi z letom 2020 nanašal na pogovor s pacientom (157 manj intervencij) in pozornejše opazovanje pacienta (133 manj intervencij).



Slika 4: Izvedene intervencije po lestvici OAS po letih

Slika 5 prikazuje variacijo posameznih kategorij nasilnega vedenja glede na mesec v obdobju 2018–2021. Največje skoke je zaznati pri kategoriji besedna agresija, medtem ko so skoki v drugih kategorijah manjši. Maj je mesec, ki je najbolj obremenjen z verbalno agresijo kot tudi s kategorijama heteroagresivnega vedenja in agresivnega vedenja do predmetov. Slika 5 prikazuje tudi variacijo izvedenih intervencij glede na mesec. Največ izvedenih intervencij je bilo v maju. Ostale mesece je zaznati stabilno vrednost izvedenih intervencij, v zadnjih dveh mesecih (november, december) pa ponoven porast izvedenih intervencij.



Slika 5: Trendi posameznega nasilnega vedenja in izvedenih intervencij po lestvici OAS po mesecih

3.4.2 Preverjanje hipotez

Hipoteza 1: Čas trajanja nasilnega vedenja je pozitivno povezano s stopnjo izkazanega nasilnega vedenja.

Kot lahko razberemo iz Pearsonovega koeficienta korelacije, prihaja do statistično značilne šibke negativne povezanosti ($p < 0,001$) med trajanjem nasilnega vedenja v minutah ter ocenjevalno lestvico BVC ($R_x = -0,106$, $p = 0,000$). Z večjim trajanjem nasilnega vedenja v minutah se statistično značilno manjša ocena na lestvici BVC oziroma obratno – z večanjem ocene BVC, se nižja trajanje nasilnega vedenja v minutah (tabela 7).

Tabela 7: Analiza povezanosti trajanja nasilnega vedenja s stopnjo izkazanega nasilnega vedenja

Pearsonov koeficient korelacije		trajanje min	BVC
trajanje min	R _x	1	-0,106
	p		< 0,001
	n	4730	4730
BVC	R _x	-0,106	1
	p	< 0,001	
	n	4730	4876

Legenda: n = št. enot; R_x = Pearsonov koeficeint korelacije; p = statistična značilnost

Iz tabele 8 lahko razberemo, da prihaja do statistično značilne šibke negativne povezanosti ($p < 0,05$) med trajanjem nasilnega vedenja v minutah in seštevkom nasilnih vedenj po lestvici OAS ($R_x = -0,031$, $p = 0,035$) ter med trajanjem nasilnega vedenja v minutah in seštevkom nasilnih vedenj po lestvici BVC ($R_x = -0,088$, $p = 0,000$). Z večjim trajanjem nasilnega vedenja v minutah se statistično značilno manjša seštevek nasilnih vedenj po lestvici OAS in nasilnih vedenj po lestvici BVC (tabela 8).

Tabela 8: Analiza povezanosti nasilnega vedenja s stopnjo izkazanega nasilnega vedenja

Analiza povezanosti		Trajanje min	Nasilno vedenje lestvica OAS	Nasilno vedenje lestvica BVC
t (min) min		1	-0,031	-0,088
	p		0,035	< 0,001
	n	4730	4712	4717
Nasilno vedenje lestvica OAS	Pearsonov koeficient korelacije	-0,031	1	0,717
	p	0,035		< 0,001
	n	4712	4858	4857
Nasilno vedenje lestvica BVC	Pearsonov koeficient korelacije	-0,088	0,717	1
	p	< 0,001	< 0,001	
	n	4717	4857	4862

Legenda: n = št. enot; R_x = Pearsonov koeficeint korelacije; p = statistična značilnost

Hipotezo »Čas trajanja nasilnega vedenja je pozitivno povezan s stopnjo izkazanega nasilnega vedenja« smo zavrnil, kar pomeni, da nismo mogli dokazati, da je čas trajanja nasilnega vedenja pozitivno povezan s stopnjo izkazanega nasilja.

Hipoteza 2: Trajanje nasilnega vedenja je daljše pri ženskem kot pri moškem spolu.

Pri trajanju nasilnega vedenja v minutah prihaja do statistično značilnih razlik ($p < 0,001$) med moškim in ženskim spolom, na ravni stopnje značilnosti $\alpha = 0,01$. Pri ženskah traja v povprečju gledano nasilno vedenje skoraj enkrat dlje časa (41 min) kot pri moških (20 min) (tabela 9).

Tabela 9: T-test za neodvisne vzorce (trajanje nasilnega vedenja v min glede na spol)

Trajanje nasilnega vedenja v min		n	PV	SO	t	p
Spol	moški	2183	19,73	32,711	-13,148	< 0,001
	ženski	2547	41,33	74,979		

Legenda: n = št. enot; PV = povprečje; SO = standardni odklon; t = vrednost testne statistike; p = statistična značilnost

Hipotezo »Trajanje nasilnega vedenja je daljše pri ženskem kot pri moškem spolu« smo potrdili, saj smo dokazali, da obstajajo statistično pomembne razlike med ženskim in moškim spolom. To pomeni, da je trajanje nasilnega vedenja daljše pri ženskem spolu.

Hipoteza 3: Čas trajanja nasilnega vedenja je najdaljši na sprejemnih oddelkih v primerjavi z ostalimi oddelki.

Pri trajanju nasilnega vedenja v minutah prihaja do statistično značilnih razlik ($p < 0,001$) med sprejemnim oddelkom ter vsemi ostalimi oddelki, na ravni stopnje značilnosti $\alpha = 0,01$. Pri pacientih v sprejemnem oddelku traja v povprečju gledano nasilno vedenje dlje časa kot pri pacientih v ostalih oddelkih (tabela 10).

Tabela 10: T-test za neodvisne vzorce (trajanje nasilnega vedenja v min glede na oddelek)

Trajanje nasilnega vedenja v min		n	PV	SO	t	p
Oddelek	Ostali oddelki	2700	19,98	33,285	-13,826	< 0,001
	Sprejemni oddelek	2019	46,55	81,385		

Legenda: n = št. enot; PV = povprečje; SO = standardni odklon; t = vrednost testne statistike; p = statistična značilnost

Hipotezo »Čas trajanja nasilnega vedenja je najdaljši na sprejemnih oddelkih v primerjavi z ostalimi oddelki« smo potrdili, saj smo dokazali, da obstajajo statistično

pomembne razlike med trajanjem nasilja na sprejemnih oddelkih v primerjavi z ostalimi oddelki. To pomeni, da je čas trajanja nasilnega vedenja najdaljši na sprejemnih oddelkih.

Hipoteza 4: S pojavnostjo nasilnega vedenja je najbolj obremenjena dopoldanska izmena.

V seštevku nasilnih vedenj po lestvici OAS ter seštevku nasilnih vedenj po lestvici BVC prihaja do statistično značilnih razlik ($p < 0,05$) med izmenami, na ravni stopnje značilnosti $\alpha = 0,05$. Opazimo lahko, da ima dopoldanska izmena povprečno gledano najmanj nasilnih vedenj oziroma manj od preostalih dveh (tabela 11).

Tabela 11: Analiza variance (povprečen seštevku nasilnih vedenj po lestvicah OAS in BVC glede na izmeno)

Spremenljivke in kategorije		n	PV	SO	95 % interval zaupanja		F	p
					Spodnja meja	Zgornja meja		
Nasilno vedenje lestvica OAS	dopoldanska (7.00–14.00)	1726	3,17	1,719	3,09	3,25	3,278	0,038
	popoldanska (14.00–21.00)	2134	3,32	1,858	3,24	3,40		
	nočna (21.00–7.00)	868	3,27	1,775	3,15	3,39		
	skupaj	4728	3,26	1,794	3,21	3,31		
Nasilno vedenje lestvica BVC	dopoldanska (7.00–14.00)	1726	4,38	1,325	4,32	4,45	4,427	0,012
	popoldanska (14.00–21.00)	2136	4,51	1,370	4,45	4,56		
	nočna (21.00–7.00)	871	4,52	1,403	4,42	4,60		
	skupaj	4733	4,46	1,361	4,42	4,50		
BVC (posamična ocena)	dopoldanska (7.00–14.00)	1735	4,69	1,618	4,61	4,76	5,488	0,004
	popoldanska (14.00–21.00)	2140	4,87	1,666	4,79	4,94		
	nočna (21.00–7.00)	871	4,78	1,686	4,67	4,89		
	skupaj	4746	4,78	1,654	4,74	4,83		

Legenda: n = št. enot; PV = povprečje; SO = standardni odklon; F = vrednost testne statistike; p = statistična značilnost

Med katerima izmenama točno prihaja do statistično značilnih razlik, nam bodo v nadaljevanju povedali post hoc testi. Popoldanska izmena ima povprečno gledano statistično značilno ($p < 0,05$) več primerov nasilnega vedenja po lestvici OAS kot

dopoldanska izmena, na ravni stopnje značilnosti $\alpha = 0,05$. Glede na lestvico BVC se dopoldanska izmena povprečno gledano statistično značilno sooča z nižjo oceno BVC kot popoldanska izmena, na ravni stopnje značilnosti $\alpha = 0,05$ (tabela 12).

Tabela 12: ANOVA post hoc testi (primerjava seštevka nasilnih vedenj po lestvicah OAS in BVC med kategorijami izmen)

Post hoc testi (Games Howell)			Razlika povprečij	p	95 % interval zaupanja	
					Spodnja meja	Zgornja meja
Nasilno vedenje lestvica OAS	dopoldanska (7.00–14.00)	popoldanska (14.00–21.00)	-0,14787	0,028	-0,2832	-0,0126
		nočna (21.00–7.00)	-0,09924	0,364	-0,2707	0,0722
	popoldanska (14.00–21.00)	dopoldanska (7.00–14.00)	0,14787	0,028	0,0126	0,2832
		nočna (21.00–7.00)	0,04864	0,780	-0,1213	0,2186
	nočna (21.00–7.00)	dopoldanska (7.00–14.00)	0,09924	0,364	-0,0722	0,2707
		popoldanska (14.00–21.00)	-0,04864	0,780	-0,2186	0,1213
Nasilno vedenje lestvica BVC	dopoldanska (7.00–14.00)	popoldanska (14.00–21.00)	-0,12045	0,016	-0,2225	-0,0184
		nočna (21.00–7.00)	-0,12620	0,071	-0,2605	0,0080
	popoldanska (14.00–21.00)	dopoldanska (7.00–14.00)	0,12045	0,016	0,0184	0,2225
		nočna (21.00–7.00)	-0,00576	0,994	-0,1372	0,1256
	nočna (21.00–7.00)	dopoldanska (7.00–14.00)	0,12620	0,071	-0,0080	0,2605
		popoldanska (14.00–21.00)	0,00576	0,994	-0,1256	0,1372
BVC ocena	dopoldanska (7.00–14.00)	popoldanska (14.00–21.00)	-0,17666	0,002	-0,3008	-0,0525
		nočna (21.00–7.00)	-0,08851	0,406	-0,2505	0,0735
	popoldanska (14.00–21.00)	dopoldanska (7.00–14.00)	0,17666	0,002	0,0525	0,3008
		nočna (21.00–7.00)	0,08815	0,392	-0,0703	0,2466
	nočna (21.00–7.00)	dopoldanska (7.00–14.00)	0,08851	0,406	-0,0735	0,2505
		popoldanska (14.00–21.00)	-0,08815	0,392	-0,2466	0,0703

Legenda: p = statistična značilnost

Hipotezo »S pojavnostjo nasilnega vedenja je najbolj obremenjena dopoldanska izmena« smo zavrnil, kar pomeni, da nismo mogli dokazati, da je najbolj obremenjena dopoldanska izmena. To pomeni, da je najbolj obremenjena popoldanska izmena.

Hipoteza 5: Pojavnost nasilnega vedenja je nižja v poletnih mesecih.

V seštevku nasilnega vedenja po lestvici OAS prihaja do statistično značilnih razlik ($p < 0,01$) med poletnimi meseci (junij, julij, avgust) ter vsemi ostalimi meseci, na ravni stopnje značilnosti $\alpha = 0,01$. V poletnih mesecih je bilo povprečno število nasilnih vedenj višje kot v ostalih mesecih. Glede na oceno lestvice BVC ne prihaja do statistično značilnih razlik ($p > 0,05$) med poletnimi in ostalimi meseci (tabela 13).

Tabela 13: T-test za neodvisne vzorce (primerjava povprečnega seštevka nasilnih vedenj in lestvice BVC med poletnimi ter ostalimi meseci)

Nasilno vedenje/rekodirani meseci		n	PV	SO	t	p
Nasilno vedenje lestvica OAS	ostali meseci	3733	3,19	1,778	-3,386	0,001
	poletni meseci (jun.–avg.)	1125	3,40	1,856		
Nasilno vedenje lestvica BVC	ostali meseci	3735	4,43	1,378	-1,329	0,184
	poletni meseci (jun.–avg.)	1127	4,49	1,356		
Ocena BVC	ostali meseci	3749	4,76	1,684	-0,411	0,681
	poletni meseci (jun.–avg.)	1127	4,78	1,611		

Legenda: n = št. enot; PV = povprečje; SO = standardni odklon; t = vrednost testne statistike; p = statistična značilnost

Hipotezo »Pojavnost nasilnega vedenja je nižja v poletnih mesecih« smo zavrnil, kar pomeni, da nismo mogli dokazati, da je pojavnost nasilnega vedenja nižja v poletnih mesecih. To pomeni, da je pojavnost nasilnih vedenj višja v poletnih mesecih.

Hipoteza 6: Moški spol je povezan z resnejšimi posledicami nasilnega vedenja kot ženski spol.

Glede resnejših posledic nasilnega vedenja prihaja do statistično značilnih razlik ($p < 0,01$) po spolu, na ravni stopnje značilnosti $\alpha = 0,05$. Moško nasilno vedenje terja več resnejših posledic nasilnega vedenja kot žensko nasilno vedenje (tabela 14).

Tabela 14: Hi-kvadrat preizkus (primerjava posledic glede na spol)

Spol/resnejše posledice		Da	Ne	Skupaj
Ženski	n	454	2133	2587
	%	17,55	82,45	100,00
Moški	n	672	1577	2249
	%	29,88	70,12	100,00
Skupaj	n	1126	3710	4836
	%	23,28	76,72	100,0

Legenda: n = število; % = odstotek

Hipotezo »Moški spol je povezan z resnejšimi posledicami nasilnega vedenja kot ženski spol« smo potrdili, saj smo dokazali, da obstajajo statistično pomembne razlike pri posledicah nasilja s strani moškega spola. To pomeni, da je moški spol povezan z resnejšimi posledicami nasilnega vedenja kot ženski spol.

Hipoteza 7: Povprečna ocena BVC je na oddelkih pod posebnim nadzorom višja v primerjavi z ostalimi oddelki.

V povprečni oceni BVC prihaja do statistično značilnih razlik ($p < 0,01$) med oddelki s posebnim nadzorom ter vsemi ostalimi oddelki, na ravni stopnje značilnosti $\alpha = 0,01$. Pri pacientih v oddelku s posebnim nadzorom je povprečna ocena BVC višja kot pri pacientih v ostalih oddelkih (tabela 15).

Tabela 15: T-test za neodvisne vzorce (primerjava povprečne ocene BVC glede na oddelek)

Ocena BVC		n	PV	SO	t	p
Oddelek	Ostali oddelki	1180	4,28	1,781	-10,949	< 0,001
	Oddelki pod posebnim nadzorom	3685	4,91	1,598		

Legenda: n = št. enot; PV = povprečje; SO = standardni odklon; t = vrednost testne statistike; p = statistična značilnost

Hipotezo »Povprečna ocena BVC je na oddelkih pod posebnim nadzorom višja v primerjavi z ostalimi oddelki« smo potrdili, saj smo dokazali, da obstajajo statistično pomembne razlike pri povprečni oceni BVC na oddelkih pod posebnim nadzorom. To pomeni, da je povprečna ocena BVC na oddelkih pod posebnim nadzorom višja v primerjavi z ostalimi oddelki.

Hipoteza 8: Telesno oviranje s pasovi je pogostejše pri moškem kot pri ženskem spolu.

Glede telesnega oviranja s pasovi prihaja do statistično značilnih razlik ($p < 0,01$) po spolu, na ravni stopnje značilnosti $\alpha = 0,01$. Moški so pri prihodu v večji meri telesno ovirani s pasovi kot ženske (tabela 16).

Tabela 16: Hi-kvadrat preizkus (primerjava telesnega oviranja s pasovi glede na spol)

Spol/PVU		Da	Ne	Skupaj
Ženski	n	1581	668	2249
	%	70,30	29,70	100,00
Moški	n	2135	458	2593
	%	82,34	17,66	100,00
Skupaj	n	3716	1126	4842
	%	76,75	23,25	100,00

Legenda: n = število; % = odstotek

Hipotezo »Telesno oviranje s pasovi je pogostejše pri moškem kot pri ženskem spolu« smo potrdili, saj smo dokazali, da obstajajo statistično pomembne razlike po spolu. To pomeni, da je telesno oviranje s pasovi pogostejše pri moških kot pri ženskah.

Hipoteza 9: Število vseh dogodkov je bilo večje v času epidemije kot pred epidemijo SARS-CoV-2.

Kot lahko razberemo iz tabele primerljivih obdobjev prvega vala epidemije (marec–maj) 2020, prihaja do razlik v številu nasilnih dogodkov med leti. V obdobju marec–maj leta 2020 je bilo zabeleženo največje število nasilnih dogodkov, vendar pa jih je prav tako bilo zelo podobno zabeleženih v enakem obdobju tudi leta 2019, sledi leto 2021 ter 2018 z najmanj zabeleženimi nasilnimi dogodki v obdobju marec–maj. Med različnimi leti enakih obdobjev torej prihaja do statistično značilnih razlik ($p < 0,001$) v številu nasilnih dogodkov. Med katerimi obdobji let točneje pa smo preverili v kombinacijah tabel v nadaljevanju.

Tabela 17: Hi-kvadrat preizkus enakih verjetnosti primerljivih obdobjev SARS-CoV-2 epidemije prvega vala

Epidemija prvi val	n	%	χ^2	p
2018 (marec–maj)	184	13,9	90,944	< 0,001
2019 (marec–maj)	389	29,3		
2020 (marec–maj)	399	30,1		
2021 (marec–maj)	355	26,8		
Skupaj	1327	100,0		

Legenda: n = število; % = odstotek; χ^2 = vrednost Hi-kvadrat preizkusa; p = statistična značilnost

Med obdobjema marec–maj leta 2020 in 2019 ne prihaja do statistično značilnih razlik ($p > 0,05$) v številu nasilnih dogodkov. Torej je bilo v enakem obdobju leta 2019 podobno

število nasilnih dogodkov kot leto kasneje, ko se je začela epidemija SARS-CoV-2.

Tabela 18: Hi-kvadrat preizkus enakih verjetnosti – primerljiva obdobja let 2019 in 2020

	n (vzorec)	n (teoretični)	Reziduali	χ^2	p
2019 (marec–maj)	389	394,0	-5,0	0,127	0,722
2020 (marec–maj)	399	394,0	5,0		
Skupaj	788				

Legenda: n = število; χ^2 = vrednost Hi-kvadrat preizkusa; p = statistična značilnost

Med obdobjema marec–maj leta 2020 in 2021 ne prihaja do statistično značilnih razlik ($p > 0,05$) v številu nasilnih dogodkov. Torej je bilo v enakem obdobju leta 2021 podobno število nasilnih dogodkov kot leto kasneje, ko se je začela epidemija SARS-CoV-2.

Tabela 19: Hi-kvadrat preizkus enakih verjetnosti – primerljiva obdobja let 2020 in 2021

	n (vzorec)	n (teoretični)	Reziduali	χ^2	p
2020 (marec–maj)	399	377,0	22,0	2,568	0,109
2021 (marec–maj)	355	377,0	-22,0		
Skupaj	754				

Legenda: n = število; % = odstotek; χ^2 = vrednost Hi-kvadrat preizkusa; p = statistična značilnost

Kot lahko razberemo iz tabele 19 primerljivih obdobj drugEGA vala epidemije SARS-CoV-2 (oktober 2020–maj 2021) prihaja do razlik oziroma tendenc v številu nasilnih dogodkov med leti. V obdobju oktober 2019–maj 2020 je bilo zabeleženo statistično značilno ($p < 0,05$) večje število nasilnih dogodkov kot v obdobju oktober 2020–maj 2021 ter oktober 2018–maj 2019.

Tabela 20: Hi-kvadrat preizkus enakih verjetnosti primerljivih obdobj SARS-CoV-2 epidemije drugega vala

Epidemija drugi val	n	%	χ^2	p
2018 (oktober 2018–maj 2019)	878	32,1	8,131	0,017
2019 (oktober 2019–maj 2020)	983	35,9		
2020 (oktober 2020–maj 2021)	877	32,0		
Skupaj	2738	100,0		

Legenda: n = število; % = odstotek; χ^2 = vrednost Hi-kvadrat preizkusa; p = statistična značilnost

Hipotezo »Število vseh dogodkov je bilo večje v času epidemije kot pred epidemijo SARS-

CoV-2« smo zavrnilo, kar pomeni, da nismo mogli dokazati, da je bilo v času epidemije SARS-CoV-2 število nasilnih dogodkov večje.

3.4.3 Rezultati kvalitativno zasnovanega dela raziskave

V analizi kvalitativnih empiričnih podatkov smo analizirali pet kategorij, s katerimi smo lahko odgovorili na raziskovalna vprašanja. Vsako kategorijo smo razdelili še v podkategorije (tabela 21).

Tabela 21: Kategorije in pripadajoče kode

Kategorija	Podkategorija/kode
Uporabnost lestvice OAS/BVC ima dve podkategoriji: negativne lastnosti in pozitivne lastnosti.	Negativne lastnosti: neupoštevanje lestvice, neodzivnost, domena zdravstvene nege, zdravniki
	Pozitivne lastnosti: pokazatelj pojavnosti nasilnega vedenja, pogostejše dokumentiranje, večja odzivnost intervencij, pravočasno prepoznavanje, pravočasno ukrepanje, večja ozaveščenost, večja previdnost, dokaz izvedenih intervencij, planiranje kadrovskega normativov
Pogled na nasilno vedenje ima tri podkategorije: vidik zdravnikov, skupinski vidik, vidik zdravstvene nege.	Vidik zdravnikov: brez izkušnje heteroagresije, verbalno nasilno vedenje, spoštovanje s strani pacientov, distanca
	Skupinski vidik: porast nasilnega vedenja
	Vidik zdravstvene nege: pravočasno ukrepanje, prevelika toleranca, nasilno vedenje kot del službe, nizka tolerance do fizičnega, visoka tolerance do verbalnega, verbalno nasilno vedenje, fizično nasilno vedenje, višja intenziteta nasilnega vedenja
Vzroki za nasilno vedenje imajo štiri podkategorije: »covid-družba«, pacient, zaposleni in služba.	»Covid-družba«: postcovidna labilnost, covid ukrepi, družbene spremembe
	Pacient: osebne lastnosti, diagnoza, neupoštevanje, bolezen kot izgovor
	Zaposleni: obremenjenost, izguba distance, pomen preventive, delovne izkušnje, osebne lastnosti, komunikacija, nepripravljenost, odnos zaposlenega
	Služba: ni jasnih navodil, psihiatrija, izobraževanje

Kategorija	Podkategorija/kode
Pomen nasilnega vedenja ima dve podkategoriji: področje strokovnosti in področje zasebnosti.	Področje strokovnosti: netoleranca pri delu, odpor
	Področje zasebnosti: strah, utrujenost, vpliv na družino, prizadetost, zanikanje, vzkipljivost
Strategije soočanja ima dve podkategoriji: predlogi manjkajočih strategij in uporabljene strategije.	Predlogi manjkajočih strategij: izobraževanje, podpora nadrejenih, systemske rešitve, supervizija, sodelovanje zdravnik – medicinska sestra
	Uporabljene strategije: pogovor v timu, pogovor z bližnjimi, samokontrola čustev, športna aktivnost

Z vsebinsko analizo empiričnega gradiva smo kategorijo »Uporabnost lestvice OAS/BVC« razdelili v dve podkategoriji, in sicer kot negativne lastnosti in pozitivne lastnosti lestvice. Zaposleni v zdravstveni negi so kot največjo negativno lastnost nanizali neupoštevanje lestvice tako s strani klinike kot celote, predvsem pa s strani zdravnikov, kjer so poudarjali, da zdravniki navkljub redni obveščenosti glede izpolnjenih lestvic temu niso dajali pomembnega poudarka, posledično pa je bila tudi odzivnost na lestvico generalno slaba (tabela 21).

»Torej ti napišeš BVC, napišeš pet BVC-jev, pa se dejansko nič se ne spremeni. Tudi na viziti, mislm preden se gre na vizito zjutri po raportu, smo pisali BVC-je. Se pravi ne odreagirajo, ne dobiš nekega feedbacka, a ne« 2/TZN/ŽOPD-16.

»Pa lahko napišeš pet BVC-jev pa pač... to je samo zato, da imaš neki napisan, a ne, ni odziva s strani zdravnikov« 2/TZN/ŽOPD-15.

Zaposleni v zdravstveni negi so kot drugo največjo pomanjkljivost nanizali, da lestvico izpolnjuje zgolj zdravstvena nega in da na ravni celotne klinike prevladuje prepričanje, da je to domena zdravstvene nege. Takšno dojemanje pa povzroča, da lestvico resno obravnavajo zgolj člani zdravstvene nege, ne pa tudi preostali člani zdravstvenega tima.

»Jst mislm, da smo mi tim in kle je ta problem. Mi bi mogl to ... to ni samo za nas, zdravstveno nego. To bi mogl bit za vse pomembno a ne. Mi smo tim, torej bi mogl tud zdravniki dat neko težo na to, kar mi izpolnjujemo a ne.

Ravn kle... že ves čas bi rada nekak povedala, torej, k kle na vratih, pa te žali, pa tisto pa tretje pa vse sorte a ne ... Pač ja, te žali a ne. Ko bo pa klele na viziti nekoga užalila, je pa prec stop, fertik del, a ne, tuki se pa ne bomo več tega šli, a ne. Tako da, kle se mi zdi problem, da to ne zmoremo nekak skupi skomunicirat« 2/TZN/ŽOPD-17.

Negativne lastnosti, ki so jih izpostavili zaposleni v zdravstveni negi, potrjujeta tudi zdravnika, ki sta povedala, da lestvice ne bi znala samostojno izpolniti, da sicer osnovni namen lestvice poznata, vendar si posameznih postavk ne znata pravilno razložiti, posledično pri lestvici nista suverena.

»Amm ... jo poznam, po mojem so mi jo kdaj razložili, sam nisem zdej čist ziher, se ne spomnim, sem pa šu pol googlat, ker me je zanimalo, da mal osvežim ... Ampak v resnici ne bi znal vseh teh kategorij povedat, je od 0 men se zdi do 6, čeprav mi mamo tud 7. Če osebam a ne, pol je 7 avtomatsko nasilje, ampak ne bi pa znal čist vseh, nek nemir, pa ne vem al... amm ... zamahovanje ... sej ne vem, v resnici kategorij ne vem...« 7/Z/MD-16.

Vsi intervjuvanci so v lestvici OAS/BVC videli več pozitivnih lastnosti. Predvsem zaposleni v zdravstveni negi so lestvico opisali kot izrazito pozitivno in so bili v izražanju stališč suverenejši, kar gre skupaj z dejstvom, da zdravstvena nega lestvico redno uporablja. Pri zdravnikih je bilo zaznati splošno mnenje, da je lestvica sicer koristna, vendar smo največ kod nanizali prav glede na zdravstveno nego (tabela 21).

Pri podkategoriji pozitivnih lastnosti lestvice OAS/BVC je bilo zaznati izrazito pozitiven odnos do lestvice, tako s strani srednjih medicinskih sester in diplomiranih medicinskih sester. Kot eno pozitivnih lastnosti so zaposleni v zdravstveni negi navedli, da sta lestvici odličen pokazatelj pojavnosti nasilnega vedenja, posledično pa je z izpolnjevanjem lestvice nasilno vedenje tudi dokumentirano. Izpostavili so tudi, da je z lestvicama samo dokumentiranje pogostejše.

»Po drugi strani je pa to zelo dobr pokazatelj kolk tega je, kolk je te nasilnosti, kolk je tega neprimerne komunikacije, kok je teh fizičnih oblik nasilja, a ne. Nam je to zelo dobr pokazatelj« 2/TZN/ŽOPD-11.

»Amm, moje osebno mnenje je, da tega v zadnjih, če damo obdobje desetih let, tega skozi desetletje ni več, smo pa na to, kot družba kot strokovnjak vsak na svojem področju morda bolj pozorni, na to bolj opozarjamo, več dokumentiramo, več uporabljamo različnih tud ocenjevalnih lestvic, si večkrat dokumentiramo te dogodke« 3/DMS/MD-10.

Zaposleni v zdravstveni negi so med pozitivnimi lastnosti navedli tudi večjo odzivnost intervencij, ki jih zaposleni izvajajo ob zaznavi nasilnega vedenja. Seveda pa je večja odzivnost povezana tudi s prepoznavanjem rizičnih dejavnikov kot tudi samega nasilnega vedenja. Izpostavili so, da se je z uvedbo lestvice OAS/BVC izboljšalo prepoznavanje takšnega vedenja, ki je zdaj tudi pravočasno prepoznano. Posledično so tema dvema lastnostima navedli kot pozitivno lastnost tudi pravočasno ukrepanje.

»Ja, sej pravm, tko k sem rekla, zdele na konc smo dobil navodila, neko usmeritev, da pač če je BVC 3 ali več, da se pač pacientu da terapija, a ne« 2/TZN/ŽOPD-13.

»Ampak če te lestvice ne bi imeli, tudi vseh teh dogodkov, ki jih na ta račun pravočasno prepoznamo, jih zabeležimo, zabeležimo intervencije, ki jih naredimo in to razmerje med uradnimi poročili o incidentih, ki jih imamo na kliniki in ta BVC OAS lestvica mi je tam 1:10« 3/DMS/MD-19.

»Da je to zelo velik pripomoglo k temu, da smo lahko preprečili posledično neki izbruh fizične agresije in posledično, da je privedlo do uvedbe posebnega varovalnega ukrepa. Zato ker smo že pravočasno ukrepal, ali prvo z deeskalacijo, jst še vedno pravim prvi BVC, to je moje mnenje iskreno. Prvi BVC je npr. ta del, da te na nekaj opozori, se s pacientom pogovoriš, ga opozoriš na neke stvari, mu svetuješ, ga usmerjaš«

6/DMS/ŽD-16.

Intervjuvanci so izpostavili, da se je z lestvico OAS/BVC generalno povečala ozaveščenost glede nasilnega vedenja. O tej tematiki se več govori, lestvica je tudi del dokumentacije pacienta kot tudi del statistične obdelave podatkov na nivoju UPK Ljubljana. Zaradi večje ozaveščenosti so kot pozitivno lastnost izpostavili tudi večjo previdnost zaposlenih, ki poveča varnost tako pacientov kot samih zaposlenih.

»[...] pacient je ne vem s katere koli duševno motnjo bil do mene verbalno agresiven, ne bom samo pogledal stran, al pa prosim gospod, če greste stran od vrat, ampak bom uporabil lestvico, bom to zabeležil, bom tud dokumentiral. To se je spremenilo, ta kolektivna zavest, ozaveščenost, predvsem izvajalca zdravstvene nege na najbolj intenzivnih oddelkih, kjer je agresije največ v naši bolnišnici« 3/DMS/MD-23.

»Mislm, vsekakor so pač lestvice narejene z pač z enim namenom, da bi ble koristne. Zdej tko, men se zdi fajn, da se vedno ovrednoti, se prav kakšna je v tistem trenutku situacija in potem, da se glede na to ve, kaj se mogoče lahko pričakuje in smo zarad tega bolj previdni a ne« 1/Z/ŽD-11.

Med zadnjima dvema pozitivnima lastnostima so zaposleni v zdravstveni negi prepoznali uporabnost lestvice kot dokazljivost izvedbe posameznih intervencij, ki jih označijo na lestvici. S tem se vidi obremenjenost kadra, kjer so navedli, da se z analizo lestvice pride do podatkov, ki so lahko tudi dober argument pri planiranju kadrovskih normativov (tabela 21).

»[...] ko nam na eni strani na hitro, z eno številko pove, da se je nekaj pri določenem pacientu dogajalo, da je imel povečano tveganje za nasilno vedenje, na drugi strani pa tisti pomemben del, kaj smo mi za to naredili, katere intervencije in to zabeležimo [...]« 3/DMS/MD-22.

»[...] da skozi kadrovske normative in letne plane uspešneje naši nadrejeni

argumentirajo, zakaj potrebujemo največ izvajalcev zdravstvene nege na intenzivnih oddelkih prav na osnovi lestvice« 3/DMS/MD-24.

Kategorijo »pogled na nasilno vedenje« smo zaradi razlik glede na profil intervjuvancev v dojemanju pojavnosti in soočanja z nasilnim vedenjem razdelili v tri podkategorije: 1) vidik zdravnikov, 2) skupinski vidik in 3) vidik zdravstvene nege (tabela 21).

Zdravnika sta poročala o neizkušnji s fizično nasilnim vedenjem, medtem ko sta navedla pogosto soočanje z verbalno nasilnim vedenjem.

»S fizičnim nasiljem se na srečo do zdej še nisem srečal, to, da bi me kdo napadu« 7/Z/MD-5.

»Dobro, soočam se predvsem s kakšnim verbalnim nasiljem, v smislu kakšnih groženj, amm ... se pravi z verbalnim« 7/Z/MD-4.

Kot najverjetnejši razlog, da nimata izkušnje s fizično nasilnim vedenjem sta navedla, da pacienti do zdravnikov gojijo spoštovanje, prav tako pa je distanca med zdravnikom in pacientom večja kot v primeru zdravstvene nege, kar pripisujeta časovni komponenti; krajši čas, ki ga preživijo s pacienti (tabela 21).

»Zato ker vseen mislm, sigurno je tudi, da pacienti večinoma vseen se zavedajo, da amm ... mislm nek odnos pacient zdravnik in da sej nismo zdej tuki...ne bom rekla enakovredni, ampak pač vsak je v eni vlogi tuki in spoštujejo« 1/Z/ŽD-5.

»Jah, po moje v prvi vrsti je, mislim en del je ta čisto količina časa, ki ga preživimo s pacienti oziroma način, kako ga preživimo, ker mi smo večinoma nek pregled, vizita, kle je več ljudi prisotnih« 7/Z/MD-6.

Tako zdravnika kot zaposleni v zdravstveni negi v obeh profilih so se strinjali, da zaznavajo porast nasilnega vedenja s strani pacientov, kar smo označili kot skupinski

vidik pogleda na nasilno vedenje (tabela 21).

»Ja, se mi zdi, da se pojavlja ga vedno več« 7/Z/MD-1.

»Tko čez palec, zagotovo enkrat tedensko smo soočeni z nekim nasilnim izbruhom oziroma s pojavom nasilnega vedenja« 3/DMS/MD-8.

Vidik zdravstvene nege vsebuje osem kod pogleda na nasilno vedenje. Prvo so intervjuvanci izpostavili problem odzivanja na nasilno vedenje, ki ga zaznavajo kot prepočasnega. Izpostavili so toleranco do nasilnega vedenja, ki je prevelika in posledično je to tudi vzrok za prepočasno odzivanje (tabela 21).

»Vse je bilj usmerjeno, da zdravniki ne upoštevajo in ne dajajo poudarek na ocenjevalne lestvice, pa potem je logično, da ne delamo kot tim, ampak vsak mimo drugega« 4/TZN/ŽOD-9.

»Predvsem to, da mi ne postavljamo mej. Mi ne postavmo mej dost hitr določenim pacientkam, k pač večkrat pridejo, kr misliš ok ne, v redu, v redu, kar oproščaš, ja, sej taka pač je« 2/TZN/ŽOPD-8.

Zaposleni v zdravstveni negi so zaradi prevelike tolerance do nasilnega vedenja izpostavili opažanja, da se nasilno vedenje s strani pacientov jemlje kot del službe, ki pritiče službi v psihiatriji. Izpostavili so visoko toleranco do verbalno nasilnega vedenja, kjer se jim poročanje o verbalno nasilnem vedenju že skoraj ne zdi več pomembno. Do fizično nasilnega vedenja vzdržujejo še nizko toleranco, ki pa gre bolj v kontekst strahu morebitnih posledic, ki jih fizično nasilno vedenje lahko pusti; telesne poškodbe, strah.

*»Ja, men se zdi grozno, da nekaj kr sprejemamo to kt del službe«
5/TZN/ŽOD-1.*

*»Mislm tko, a ne te stvari, k žalijo al pa kaj tazga, mislim, to me ne gane ...
nekak pač vzamem to kot nek del bolezni, preslišim« 4/TZN/ŽOD-14.*

»Zdej, če bi me pa nekdo udaril al pa ornk premlatil al pa poškodoval al pa kej tazga, pol mi pa najbrž ne bi blo prijetno, tu pa je meja« 4/TZN/ŽOD-15.

V primerjavi z zdravniki so zaposleni v zdravstveni negi poročali o izkušnji tako verbalno kot tudi fizično nasilnega vedenja. Izpostavili so tudi, da je intenziteta nasilnega vedenja čedalje višja, kar se kaže predvsem pri verbalno nasilnem vedenju, kjer pacienti osebnju zdravstvene nege odkrito grozijo (tabela 21).

»V nekem delu je veliko verbalne agresije prisotne, ljudje so postali popolnoma netolerantni« 6/DMS/ŽD-3.

»Predvsem zna biti težava pri kakšnem fizičnem oviranju a ne oziroma ko pridejo pač na sprejem, s katerim se seveda ne strinjajo in pride do fizične agresije« 2/TZN/ŽOPD-4.

»Ne v smislu nekega komentiranja ali žalitev ... ampak v smislu takih resnih groženj na osebnem nivoju, se pravi neposrednih groženj« 3/DMS/MD-6.

V kategoriji »vzroki za nasilno vedenje« so intervjuvanci za pojavnost nasilnega vedenja navedli več vzrokov, ki smo jih razdelili v štiri podkategorije, in sicer vpliv pandemije virusa SARS-CoV-2, vpliv pacienta in vpliv zaposlenih ter vpliv službe v psihiatriji, kjer je nasilno vedenje samo po sebi bolj prisotno kot v drugih zdravstvenih ustanovah (tabela 21).

Intervjuvanci so izpostavili vpliv pandemije virusa SARS-CoV-2, ki se je kazal v zmedenosti in nemoči ljudi glede same situacije v času pandemije. Izpostavili so tudi vpliv omejitev, ki so bile v času trajanja pandemije, ko je bila dosegljivost do zdravstvene oskrbe močno okrnjena. To je povzročalo napetost in nejevoljo, ki se je izražala v nestrpnosti do zaposlenih in vodila v neprimerno vedenje. Vse to je pustilo velike posledice, ki so družbo kot tako spremenile.

»[...] mislm nihče ni vedel čist, kaj se dogaja, kaj bo naslednji dan [...] tud

te omejitve so v resnici v ljudeh zbujele eno napetost [...] so prišli pacienti v ambulatno zelo napeti, v bistvu mogoče jezni na vse skupi in je bla ta verbalna agresija usmerjena v sistem [...] ampak na splošno, ker niso vedli, kje al pa kako naj to izrazijo, pač to svojo stisko te trenutne situacije«

1/Z/ŽD-4.

»Covid se mi zdi, da je vplival posredno [...] k je še tist, kar je nekak stalo ta naš sistem, da se je v določenih primerih podrlo [...] in da je ful narastlo nezadovoljstvo od ljudi [...] da velik težje pridejo do čisto neke osnovne pač oskrbe zdravstvene in potem so nezadovoljni in potem pridejo na urgenco, tam naletijo na nas, k smo spet nezadovoljni, ker mam občutek, da to pa ni zdej, da je kakšen nivo pred nami k bi verjetno mogu poskrbet za to [...]«

7/Z/MD-13.

»Predvsem na račun vseh ukrepov, epidemije, pandemije, nestrpnosti v družbi, neurejenega zdravstvenega sistema« 3/DMS/MD-12.

V podkategoriji pacient so kot vzroke za nasilno vedenje pripisali sprva samim osebnostnim lastnostim pacientov, nato sami diagnozi pacienta ali več njih (tabela 21).

»V enem delu sigurno lastnosti osebnostne pacienta, a ne, kok je k temu nagnjen zaradi nekih svojih pač osebnostnih potez« 7/Z/MD-9.

»Med skupkom večih dejavnikov, je prvo dejavnik sama narava bolezni, kaj jim je« 6/DMS/ŽD-9.

Intervjuvanci so opozorili tudi na zmanjšanje spoštovanja do zdravstvenih delavcev. Opažajo nespoštovanje in hudo netoleranco. Izpostavili so tudi fenomen, ko pacient svoje vedenje opravičuje s svojo boleznijo, da je krivec bolezen, nad katero sami nimajo kontrole.

»Jst se v svojem času velik, ko dežuram na dveh lokacijah, ogromno

spopadam s tem, da so ljudje popolnoma netolerantni postali in s tem verbalno agresivni, ni nobenega spoštovanja več« 6/DMS/ŽD-5.

»Ampak se mi zdi, da tud če nekdo ma neko duševno motnjo, to zdej nekaj pomeni, da zdej pa on lahko si privošči bit nasilen, da zdej ja, sej mormo to zdej vzet v zakup, a ne ... se mi zdi, da bi tud to ne smelo bit kar avtomatsko« 7/Z/MD-15.

Podkategorijo zaposleni smo kot vzroke za nasilno vedenje navedli v osmih kodah. Intervjuvanci so kot vzroke za nasilno vedenje na njihovi strani izpostavili samoreflektivno, kjer so kot prvo navedli obremenjenost, ki vpliva na delo. Prav tako so izpostavili diskrepanco med distanco pri zdravnikih v povezavi s pacienti, v primerjavi z distanco zdravstvena nega in pacienti, kjer se v primeru delavcev v zdravstveni negi izgublja, vzrok temu pa je čas, ki ga zdravstvena nega preživi s pacienti (tabela 21).

»Ammm pa tudi se mi zdi se pozna na zaposlenih, kok so dejansko obremenjeni in to gotovo se pol pozna, če človek cele dneve dela sigurno ima velik nižjo toleranco, je lažje razdražljiv al pa neki reče« 7/Z/MD-12.

»[...] da je zdravstvena nega velik več v kontaktu z njimi, na dolgi rok, da mogoče se pol tudi oni mal na nek način čutijo, da ... ne da ste povezani, ampak tko, da tud še mal distance dodatno, ker se bolj večkrat videvate, da že kar mal pozabijo na distanco« 7/Z/MD-7.

Zaposleni v zdravstveni negi so kot pomemben dejavnik navedli samo preventivo, od katere je odvisno, ali bo do nasilnega vedenja sploh prišlo, če pride, pa kakšne intenzitete bo. Pomembnost delovnih izkušenj so zaposleni v zdravstveni negi prepoznali kot pomemben vzrok, saj so marsikateri starejši zaposleni bili manjkrat soočeni z nasilnim vedenjem kot kolegi, ki so imeli manj delovnih izkušenj.

»V bistvu v zadnjem obdobju in kokr tud gledamo, da imamo res dosti izobraževanja, da se res trudimo, da nekaj v tem delu uporabljamo

*deeskalacijske tehnike komunikacije, da nekaj se poslužujemo tega velik več
kokr je blo včasih, preden ne vem pride do nadaljnjih postopkov. Amm,
mislim, da je izrednega pomena to, da v bistvu poskušamo vse narediti, da
preprečimo iz tega, da pride do nekega fizičnega nasilja» 6/DMS/ŽD-2.*

*»Drugač pa večinoma iz izkušenj, a ne. Sej pravm, v svojem skor
tridesetletnem delu še nisem izkusila tako, da bi me pacient prav udaril,
sicer ja tist, da je zamahoval, pa da me je oplazil, ja. Ampak da bi me pa
nekdo udaril, udaril, pa ne no. Se pravi, da pač vseen nek ta pristop do
pacienta, k ga maš a ne, da nekaj poznaš pacienta in kje so tiste njegove
meje» 5/TZN/ŽOD-14.*

Intervjuvanci so med vzroki za nasilno vedenje izpostavili še odnos zaposleni – pacient, kjer je lahko zaposleni poglavitni vzrok za nasilno vedenje pacienta. Pri tem je pomembna komunikacija zaposlenega kot tudi osebne lastnosti zaposlenih, ki imajo velik vpliv na sam odnos in komunikacijo zaposlenega (tabela 21).

*»[...] smo pa lahko mi, zdravstveni delavci lahko tudi povzročitelj ali pa nek
dodaten dejavnik tveganja [...] naš sogovornik v zdravstvu, ki pride že z
neko nastrojenostjo al pa z neko duševno motnjo ali pa intoksikacijo, pa
bomo mi z našim neustreznim odnosom, komunikacijo samo še bolj
potencirali in sproducirali, da se bo to agresivno vedenje še prej pojavilo.
Se pravi vzroki so tudi na naši strani, ne vedno, ampak lahko se zgodi in do
tega moramo bit vedno kritični« 3/DMS/MD-15.*

*»Da, en del je pa sigurno na nas zaposlenih in spet po eni strani čist nekih
takih osebnostnih lastnostih, eni so mogoče že po karakterju malo taki, da
so bolj gladiatorski al kaj bi reku, delujejo, mogoče nekdo mal manj [...]«
7/Z/MD-11.*

*»[...] tudi komunikacija, absolutno a ne, kok si ti vešč, kok si ti spreten, kok
zmoresš komunicirati« 6/DMS/ŽD-12.*

Zaposleni v zdravstveni negi so kot zadnji dejavnik na njihovi strani navedli problem nepripravljenosti posameznika na nasilno vedenje, saj so situacije unikatne, tudi težje predvidljive.

»Amm, vsekakor jst mislm, da te nihče ne more na to pripraviti, kaj se lahko zgodi. Lahko ti povejo, da ammm ... kaj lahko v teoriji narediš, da to mogoče preprečiš al pa omiliš, ampak ko si pa enkrat v situaciji, pa te nihče na to ne more pripravt« 6/DMS/ŽD-12.

Intervjuvanci so v podkategoriji služba kot vzroke za nasilno vedenje navedli pomanjkanje navodil glede obravnave pacientov z nasilnim vedenjem, tako na ravni zakonodaje kot na ravni klinike. To pri zaposlenih povzroča zmedo (tabela 21).

»Predvsem pa jasna navodila, kdaj in kje je naša pristojnost pri obvladovanju nasilnega vedenja, ko smo neposredno izpostavljeni nevarnosti fizičnega nasilja in v funkciji, ko moramo uporabiti tako imenovani samozaščitni strokovni prijem, pa pravne podlage oziroma zakonske podlage za to nimamo. Strokovno nekje piše, ampak strokovno nas v neki civilni tožbi pacienta al pa če pride stvar na sodišče, nas zagotovo ta stvar z nekimi odvetniškimi mahinacijami težko pila vodo. Se pravi tu, tu je ta problem« 3/DMS/MD-26.

Intervjuvanci so kot vzrok za nasilno vedenje navedli tudi samo službo v psihiatriji, kjer se naj bi zaposleni zavedali večjega tveganja, posledično pa naj bi zaradi tega bili bolj oprezni, kjer pa se lahko ponovno pojavi problem, da se takšno vedenje jemlje kot del službe. So pa kot zadnji vzrok izpostavili izrazito pomanjkanje različnih strokovnih izobraževanj, ki bi glede na posebnost dela v psihiatriji, morala biti vitalni del strokovne obravnave pacienta (tabela 21).

»Jst mislm, da pri nam kot psihiatriji smo zato v bistvu še na nek način pripravljeni na ... mislm pripravljeni ... lahko neko stvar pričakuješ [...] ko se pogovarjam s kolegicami in potem, ne vem, so na somatiki in pravi, da jo

je ne vem zlasal, da jo je brcnil, da jo je pljunil, je pa to za njih neki zlo čudno, a ne. In pri nam na nek način sprejmeš to, da je to lahko del tvoje službe, ni pa prav [...] je pa res, da [...] ko sem prihajala v službo, na nek način vedla, da amm, tko kot vedno rečem, da bi mogla met oči spredi in zadi. Ker pač morš bit previden, a ne« 6/DMS/ŽD-20.

»Izobraževanj ni, v tem smislu, da bi se o tem pogovarjal, kaj narest, kako, ne« 1/Z/ŽD-19.

Kategorijo »vpliv nasilnega vedenja« smo razdelili v dve podkategoriji. Prva podkategorija obsega vpliv nasilnega vedenja na strokovno delo v službi. Druga podkategorija pa zajema področje zasebnosti (tabela 21).

Intervjuvanci so na področju strokovnosti poročali o netoleranci pri njihovem delu in odporu do same službe. Vpliv dela na področju psihiatrije je zahtevno, kar kažejo izjave intervjuvancev, ki so bile zelo eksaktne in kažejo na pomanjkanje podpore s strani delodajalca, saj so zaposleni prepuščeni samemu sebi.

»Ja, to pa jst, če se to mi dogaja, da se kakšne take zoprne mislm kokor koli delo, jst pol tko začnem kr sovražit ljudi. In pol pride, da bi dal odpoved. Ne sam to res vpliva ... Sovražim vse ljudi, tko da pol sem res ... grem nekam v gozd in ... ne vem, kaj vpliva. Da sem bolj razdražljiv potem« 7/Z/MD-22.

»[...] nazadnje k je blo, amm, mi je koordinatorica ponudila, da grem na zaprti oddelek, ponudla, rekla, sem rekla, da pač ne morem, da pač ne morem več delat s takimi ljudmi, kjer je polno agresije« 5/TZNŽOD-13.

V podkategoriji področje zasebnosti so intervjuvanci opisali soočanje z nasilnim vedenjem s strani pacientov kot stresno izkušnjo, ki na njih pušča velik vpliv, kar vodi v negativne posledice, ki se kažejo tako na osebnem področju kot na področju strokovnosti pri delu s pacienti. Soočajo se z občutki strahu, utrujenostjo.

»Amm, sem pa mela incident, ko je v bistvu pacient razbil vrata, amm, ... se

pravi, pač je bla, eskalirala je ta agresija njegova, tko da takrat pa, ... in potem je v bistvu šel prou proti nam, takrat pa sem se res ustrašla, vem, da tisto noč nisem mogla spat. Strah je bil v men« 1/Z/ŽD-16.

»Na tem intenzivnem oddelku je to kar zalogaj, a ne. Včasih pridem res čist izmozgana, tko, res tko utrujena, da ne zmoreš pol doma kej dost« 2/TZN/ŽOPD-20.

Vsi ti negativni občutki imajo velik vpliv na družino, ki se je kazal pri vseh intervjuvancih. To je pri njih povzročalo občutke prizadetosti in vzkipljivost. Pojavljalo pa se je tudi zanikanje (tabela 21).

»Vem, da v bistvu pridem domov iskreno ... moji pravijo doma, da sem ko kača in se nekje opaža v tem delu no. Je pa res, da jst sama sebi vidim, da mam zelo rada eno strukturo in da v bistvu, če neki mislim, neko strukturo, nek del, da je narjen in če tud ta del ni, me potem lahko to zelo hitro v tistem času, ko sem pod nekim stresom lahko zelo iz tira vrže. Pa ne vrže kot v nekem smislu, da bi bla jst potem agresivna« 6/DMS/ŽD-23.

»In iskreno povem, da v bistvu, ko je nasilno vedenje, posebno, ko so taki stresni dogodki, se me dotakne, absolutno« 6/DMS/ŽD-21.

»V bistvu vidš, da zna mogoče kdo ... torej jst znorim doma, kakšni pa tudi v službi a ne« 2/TZN/ŽOPD-25.

»Ampak so pa ljudje, ki v bistvu veš zelo zanikajo kakršne koli težave in da je vse to super in fajn, pa verjemi, da ni vedno tko. Da so potem nekje nekoč se nekje pokaže, butne ven« 6/DMS/ŽD-29.

Kategorija »strategije soočanja« ima dve podkategoriji, saj so intervjuvanci o strategijah odgovarjali z dveh vidikov. Prvi vidik so opisovali kot izrazito pomanjkanje strategij, zato smo izpostavili podkategorijo kot predloge manjkajočih strategij. Drugi vidik

podkategorije pa je zajemal opis različnih oblik strategij, do katerih so prišli samoiniciativno in jih uporabljajo ob soočanju z nasilnim vedenjem (tabela 21).

Intervjuvanci so opisovali izrazit občutek prepuščenosti samemu sebi, kjer jih delodajalec z različnimi strategijami ni seznanil. Tako so nanizali več predlogov, kakšne bi po njihovem mnenju strategije morale biti. Izpostavili so pomanjkanje izobraževanja v tej smeri in pomanjkanje podpore s strani nadrejenih.

*»Marsikdo ne zna prefiltrirat tega tko, k bi blo prav, tko da jst mislm, da bi blo fino, če bi mel mogoče vsaj kakšno, ne vem, mislm redno izobraževanje, delavnico, da bi mel neko delavnico, v kateri bi lahko se pogovoril z nekom in bi nam povedal določene stvari in bi mogoče blo za koga lažje to, a ne«
2/TZN/ŽOPD-26.*

»[...] ampak tuki šepa že po tem na višji inštanci, se pravi, če govorimo iz negovalnega tima v zdravstveni tim, te podpore več ni. In ni jo zato, ker naši vodje timov oziroma jo zdravniki al pa naši nadrejeni jemljejo, sej zdravstvena nega, so izvajalci zdravstvene nege tisti, ki so dolžni pisat lestvice, izpolnjevati, obvladovati nasilno vedenje, zagotoviti varnost, izvajati PVU, kakor koli« 3/DMS/MD-31.

Intervjuvanci so izpostavili, da je težava tako velika, da to zahteva sistemske rešitve v zdravstvenem sistemu. Vsi so se strinjali, da vidijo koristnost v superviziji, ki je ena od sodobnih strategij soočanja s problemi nasilnega vedenja (tabela 21).

»Ni mogoče tuki odgovornost samo samega vodstva al pa same klinike, ampak tudi na neki družbeni ravni zdravstvenega sistema kot celote, se pravi tudi nekih ... bolj strožje zakonodaje na tem področju, tudi tako s strani ministrstva kot s strani naših oziroma vseh zbornic, ki delujejo v zdravstvu« 3/DMS/MD-34.

»To, kar bi pa moralo biti, se pa, se pravi kar teorija, tud supervizija govori,

redno z zunanjim strokovnjakom, v varnem okolju, kjer bi vsak posameznik prosto in brez zadržkov v nekem varnem okolju izrazi, kaj čuti, kje so etične dileme, zakaj se tega ne gre al pa zakaj je pa v nekem primeru uporabu večjo fizično silo, kot je bila morda opravičena, pa se ni imel kje izpovedat al pa komu« 3/DMS/MD-29.

Za konec so zaposleni v zdravstveni negi izpostavili pomanjkanje sodelovanja med zdravstveno nego in zdravniki. Zdravnika tega v svojih izjavah izrecno nista izpostavljala.

»Ja, neko to sodelovanje med timom zdravstvene nege pa med zdravniškim, a ne. Prvenstveno to, a ne, glede na to, da zdravnik odreja terapijo pa vse, a ne ... Tko da pride do povezovanja in resničnega sodelovanja, upoštevanja stroke« 4/TZN/ŽOD-8.

Drugi vidik kategorije strategij pa je zajemal opis različnih oblik strategij, do katerih so prišli samoiniciativno in jih uporabljajo ob soočanju z nasilnim vedenjem. Ob tem so opozarjali, da strategije, ki jih izvajajo, ne prinašajo želenega učinka, kar je povezano z dejstvom pomanjkanja strategij, ki bi morale biti prisotne znotraj delovnega okolja. Intervjuvanci so navedli zgolj štiri strategije (tabela 21).

Intervjuvanci so kot najpogosteje uporabljeno strategijo navedli pogovor v timu. Takoj zatem pa so uporabili pogovor z bližnjimi osebami.

»Jst mislm, da največje spoprijemanje s temi stvarmi je blo znotraj tima, ko smo se mi skupaj pogovorili. To je bil meni neko zadovoljstvo, kako sem jst vidla, da pač smo se pogovorili, smo si dali nek feedback o tem, da v bistvu na nek način, tko kot si ti rad pohvalil zaposlene za dobro reagiranje ob situacijah, da si ti tud dobil neko neko zadoščenje s tem, da so ljudje s tvojim delom, s tvojim načinom vodenja, s tvojo komunikacijo, z vsem bli zadovoljni« 6/DMS/ŽD-26.

»[...] da se o tem pogovarjam z ljudmi, ki so mi blizu, da se po nekem

dogodku o tem, bom rekel, neformalno pogovorim, da me poslušaj [...]

3/DMS/MD-33.

Kot zadnji dve strategiji so navedli samokontrolo lastnih čustev, ki so ob napetih situacijah vedno na preizkušnji. Če imaš to samokontrolo, je to tudi del strategije, ki ti olajša soočanje z nasilnim vedenjem. Vsi pa so navedli tudi neko športno aktivnost, ki jo uporabljajo za razbremenitev (tabela 21).

»Zadnč smo mel recimo en neugoden PVU in med tem časom je ena druga pacientka, ki ni bila deležna PVU-ja v bistvu klicala, da kaj smo, da kaj si domišljamo, da zdej bo ona klicala varuha človekovih pravic in nas zraven še zmerjala in tko naprej ... Da kako se obnašamo in tko [...] Greš nato do te pacientke in morš v tistem trenutku, se prav iz tistega adrenalina in vsega tistga, a ne, zbrat spet neki, da boš ponovno vzpostavil zaupanje s to pacientko, k je vznemirjena, mislm tko morš zlo hitr menjat to svojo čustvovanje, naporno je. Jst bom rekla, da je tukile kar tole naporno, nadzorovat lastna čustva« /2/TZN/ŽOPD-19.

»Tko da grem ven, športna aktivnost, da greš v naravo ... da sprostiš ... to neko napetost z aktivnostjo« 4/TZN/ŽOD-11.

3.5 RAZPRAVA

Z raziskavo, ki je bila prva v slovenskem prostoru, smo v štiriletnem obdobju spremljanja in raziskovanja s 4786 izpolnjenimi lestvicami ugotavljali koristnost lestvice OAS/BVC, saj prinaša sinergijske učinke znotraj organizacije, kjer se lestvico uporablja. Učinki koristnosti se ne kažejo le na področju preventive, ampak tudi na področjih, kot so dokumentiranje, ugotovitve različnih vrst in intenzitet nasilnega vedenja ter merjenja izvedenih intervencij ter izboljšanja varnosti. V UPK Ljubljana smo z združenjem dveh mednarodno uveljavljenih lestvic (OAS; Yudofsky, et al., 1986, in BVC; Linaker & Busch Iversen, 1995) pridobili lestvico, s katero zberemo več podatkov, kot bi jih v primeru ene. Dokazali smo, da uporaba lestvice pri zaposlenih izrazito poveča usmerjeno

pozornost na nasilno vedenje in povzroči samozavedanje problema nasilnega vedenja kot problema, kjer odgovornost ni le na pacientu, ampak so deleži vpletenih razpršeni med vsemi akterji zdravstvene obravnave pacienta. Posebno kakovost naših ugotovitev predstavljajo kvalitativni podatki udeležencev o uporabnosti lestvice OAS/BVC in podatki, ki razkrivajo poglobljeno dojetanje nasilnega vedenja, njihove občutke ob soočanju s takšnim vedenjem, predvsem pa samokritičnost udeležencev glede dejavnikov tveganja za nasilno vedenje, pomembnosti kontinuiranega izobraževanja ter soočanja s strategijami, ki zaposlenega opolnomočijo za strokovno delo, ki je ob nasilnem vedenju vsakokrat na veliki preizkušnji. Z ugotovitvami pridobimo pomembne podatke, ki so lahko pomemben prispevek na področju varnosti pacientov in zaposlenih. V nadaljevanju bomo naše ugotovitve podrobneje obrazložili.

3.5.1 Lestvica OAS/BVC

Z analizo lestvice OAS/BVC smo ugotovili, da z lestvico lahko natančno opredelimo incident z nasilnim vedenjem. Temu pritrjujejo različni avtorji (Lozzino, et al., 2015; Langsrud, et al., 2019; Font Pujol, et al., 2020; Mistler, et al., 2021), ki navajajo, da so podatki o nasilnih vedenjih zbrani večinoma s standardiziranimi orodji, kot so lestvice za merjenje nasilnega vedenja.

Lestvica OAS/BVC nam je omogočala redno spremljanje vrste nasilnega vedenja, kjer smo v raziskavi dokazali, da je med različnimi kategorijami nasilnega vedenja prisotnega največ verbalnega nasilja (57,1 %), zatem sledi fizično nasilno vedenje (25,0 %) (tabela 3). Tudi raziskave avtorjev (Kerr, et al., 2017; Schablon, et al., 2018; Liu, et al., 2019a; Babiarczyk, et al., 2020; Yang, et al., 2021) verbalno nasilno vedenje zaznavajo kot najpogostejšo obliko, fizično nasilno vedenje pa velikokrat kot drugo najpogostejšo obliko. V raziskavi je bilo zaznati tudi pogosto nasilno vedenje do predmetov (tabela 3), ki je tekom analiziranih let naraščalo, z manjšim znižanjem v letu 2020, vendar s ponovnim porastom v letu 2021 (slika 3). Postma, et al. (2019) opozarjajo, da se pri pacientih z duševno motnjo (predvsem pri maniji in psihozi) nasilno vedenje do predmetov velikokrat dogaja že v domačem okolju. Avtorji (Refaat, et al., 2015; Araya, et al., 2020) navajajo, da se nasilno vedenje do predmetov v bolnišničnem okolju izkazuje

predvsem z brcanjem pohištva, poškodovanjem sten in tudi hujšimi primeri, kot je na primer razbijanje predmetov. S pomočjo lestvice OAS smo znotraj raziskave takšne oblike vedenj zaznali tudi sami, saj lestvica OAS vsebuje štiri opise nasilnega vedenja do predmetov, ki opredeljujejo način izvajanja te vrste nasilnega vedenja. Glede na majhne odstotke nasilnega vedenja do predmetov pa se poraja vprašanje realnosti podatkov. Raziskava avtorjev Varghese, et al. (2015) namreč poroča o nasilnem vedenju do predmetov v 75 %, to obliko pa so zaznali kot tretjo najpogostejšo, kar se sicer sklada z našimi ugotovitvami. Tu se bi lahko kazal problem poročanja takšnih incidentov, da zaposleni nasilno vedenje do predmetov ne prepoznavajo kot pomembno za dokumentiranje. V raziskavi smo najmanj zaznali kategorijo avtoagresivnega vedenja (tabela 3), kar na področju psihiatrije opažajo tudi tuji avtorji (Knežević, et al., 2015; Varghese, et al., 2015; Araya, et al., 2020; Li, et al., 2020) v podobnih odstotkih. V raziskavi smo v obdobju 2018–2021 imeli vsa štiri leta povprečno oceno BVC nad 4,5 (tabela 6), kar je visoka številka za možnost incidentov, saj avtorji (Yao, et al., 2014; Hvidhjelm, et al., 2014; Moursel, et al., 2018; Sarver, et al., 2019) navajajo, da ocena 3 ali več pomeni zelo veliko tveganje za nasilno vedenje. V raziskavi smo dokazali, da je povprečna ocena BVC najvišja (4,91) prav na oddelkih pod posebnim nadzorom (tabela 15), kar potrjujejo tudi raziskave tujih avtorjev (Yao, et al., 2014; Ramesh, et al., 2018; Font Pujol, et al., 2020; Lockertsen, et al., 2021). Temu pritrjuje tudi dejstvo, da je na oddelkih pod posebnim nadzorom lahko hospitalizacija neprostovoljna, čemur pritrjujejo Dack, et al. (2013), ki navajajo, da je bilo nasilno vedenje pri neprostovoljni hospitalizaciji pogostejše, kot če je bila hospitalizacija s soglasjem pacienta, kar kažejo tudi izkušnje iz lastne prakse.

V raziskavi je največji delež izpolnjenih lestvic zapadel na ženski spol (tabela 1). Pri tem je treba vzeti v obzir, da je izpolnjevanje lestvic odvisno od zaposlenih. Vzrok, da je največji delež izpolnjenih lestvic za ženski spol, lahko izhaja iz dejstva, da so zaposleni vestneje izpolnjevali lestvico na oddelkih z žensko populacijo. Postavili smo hipotezo, da je trajanje nasilnega vedenja pri ženskem spolu daljše kot pri moškem spolu. Ugotovili smo, da prihaja do statistično značilnih razlik ($p < 0,01$), saj je v povprečju trajanje nasilnega vedenja pri ženskem spolu trajalo 41 minut, medtem ko je pri moškem spolu nasilno vedenje trajalo 20 minut. To nas sicer lahko vodi do napačnih zaključkov, da bi

ženski spol označili kot nasilnejši od moškega spola. Da je trajanje nasilnega vedenja v raziskavi daljši pri ženskah, lahko izhaja iz dejstva, da je bilo največ lestvic izpolnjenih ravno za ženski spol oziroma da je prihajalo do razlik pri pogostosti izpolnjevanja na oddelkih z moško populacijo pacientov. Lahko pa tudi iz dejstva, da je pri ženskah kulturološko več potrpljenja ali pa želje, da se situacija reši na miren način. Da so ženske v psihiatričnih ustanovah podobno nasilne kot moški, so s pregledom literature ugotovili Archer, et al. (2016). Vendar pa nasprotno temu govorijo Peluola, et al. (2013), kjer so ženske hospitalizirane na forenzični psihiatriji bile nasilnejše kot moški pacienti, razlika med spoloma pa je bila 20 % v prid ženskam. Vendar dokončnega in točnega odgovora glede spola ni. Dack, et al. (2013) so v metaanalizi prišli do zaključkov, da do pomembnih razlik med spoloma pri nasilnem vedenju ne prihaja, temu pa pritrjujeta tudi d'Ettorre in Pellicani (2017), ki ravno tako navajata, da evidentnih razlik med spoloma ni. V naši raziskavi nas je v povezavi s spolom zanimala povezanost z intenziteto posledic nasilnega vedenja in pogostostjo uporabe ukrepa telesnega oviranja s pasovi. Posledice nasilnega vedenja pri moških so resnejše (tabela 14), prav tako pa je bila uporaba posebnega varovalnega ukrepa oviranja s pasovi pri moških pogostejša (tabela 16). Našim ugotovitvam pritrjujejo Archer, et al. (2016), ki pravijo, da so ženske sicer lahko bile pogosteje vpletene v incidente, vendar je bila intenziteta teh incidentov blažja kot pri moških, ki so bili vpleteni v resnejše primere incidentov, kar pa za sabo lahko potegne tudi resnejše posledice. Da nasilno vedenje s strani moških potegne resnejše posledice, pritrjujejo tudi Denson, et al. (2018), ki govorijo o razliki med spoloma pri izkazovanju različnih oblik nasilnega vedenja ter samemu dejstvu, da so posledice lahko resnejše že zaradi telesne konstitucije in fizične moči moškega spola.

V naši raziskavi smo zaznali variranje posameznih kategorij nasilnega vedenja po mesecih. Maj je bil v povprečju skozi obdobje 2018–2021 najbolj obremenjen mesec z izpolnjevanjem lestvic (slika 5). Starejša raziskava Paavola in Tiihonen (2010) ugotavlja, da se je število incidentov začelo dvigovati v juliju in avgustu, naslednje mesece pa se je koncentracija še povečevala, vse do novembra. Tem ugotovitvam delno pritrjuje naša raziskava (tabela 13). Našim rezultatom pritrjujejo Iversen, et al. (2016), ki so prav tako največ nasilnega vedenja zaznali v poletnih mesecih, temu pa pritrjujejo tudi Kuivalainen, et al. (2017), saj so v poletnem mesecu avgustu zaznali porast varovalnih ukrepov, kot je

oviranje s pasovi, medtem ko je bilo januarja najmanj takšnih primerov. V nasprotju z našimi ugotovitvami in ugotovitvami drugih avtorjev (Iversen, et al., 2016; Kuivalainen, et al., 2017) pa Peluola, et al. (2013) ugotavljajo, da je bilo število nasilnega vedenja najvišje v februarju, povečana stopnja nasilnega vedenja pa je bila vse od konca oktobra do konca marca. Da so si raziskave glede sezonske obremenjenosti nasprotujoče, kažejo ugotovitve Bader, et al. (2014), kjer niso mogli potrditi mesečne obremenjenosti z nasilnim vedenjem v psihiatričnih ustanovah, saj se noben mesec v njihovi raziskavi ni statistično razlikoval od drugega. V času izvajanja raziskave smo zajeli tudi obdobje epidemije virusa SARS-CoV-2. Postavili smo si hipotezo, da je bilo število vseh dogodkov večje v času epidemije SARS-CoV-2 kot pred epidemijo, kar nismo mogli potrditi (tabele 17–20). Drugi avtorji (Yang, et al., 20219; Payne-Gill, et al., 2021; Asaoka, et al., 2021) navajajo nasprotno, saj so v času pandemije virusa SARS-CoV-2 zaznali vpliv pandemije na povečanje nasilnih dogodkov. Vendar bi našim ugotovitvam, da v času epidemije ni bilo izpolnjenih več lestvic, lahko pripisali dejstvu, da smo primerjali podatke zgolj v mesecih, ko je bila epidemija uradno razglašena s strani Vlade Republike Slovenije in tudi dejstvu, da je epidemija virusa SARS-CoV-2 povzročila velike omejitve, ki so pacientom oteževale iskanje psihiatrične pomoči, kar v času epidemije pomeni tudi manj hospitalizacij. Temu pritrjujejo Hao, et al. (2020), ki navajajo splošno zmanjšanje storitev na področju duševnega zdravja v času pandemije. Ukrepi za zaprtje so namreč oteževali dostopnost pomoči in tudi sam strah pred okužbo ter pozivanje, da so ljudje ostajali doma navkljub povečevanju duševnih težav, kot so tesnoba, stres, depresija ter impulzivnost. To potrjujejo tudi Boldrini, et al. (2021), ki ravno tako navajajo upad sprejemov v psihiatrične ustanove. Vzrok temu pa ravno tako pripisujejo strahu pred okužbo, ki je preprečil iskanje pomoči kot tudi zaprtje ambulante dejavnosti in dnevnih centrov, kjer je zmanjšan socialni stik preprečeval spremljanje zdravstvenega stanja ljudi. Z obremenjenostjo nasilnega vedenja je med vsemi izmenami do statistično pomembnih razlik prihajalo v popoldanski izmeni (tabeli 11, 12). Našim ugotovitvam pritrjujejo Bader, et al. (2014), saj je bilo v njihovi raziskavi največ nasilnih incidentov prav med 16. in 19. uro. Naslednja ura z največ nasilnimi incidenti je bila zjutraj ob 8. uri, kar se prav tako ujema z ugotovitvami naše raziskave, saj je bila dopoldanska izmena glede obremenjenosti z nasilnim vedenjem na drugem mestu. Vendar pa avtorji ob tem opozarjajo, da se z analizo odstopanj nobena ura v njihovem

primeru nato ni statistično razlikovala od drugih. Delno našim ugotovitvam v delu popoldanske izmene pritrjujejo Peluola, et al. (2013), kjer je bila popoldanska izmena na drugem mestu z obremenjenostjo. Vendar se njihove ugotovitve razlikujejo od naše raziskave v delu dopoldanske izmene, saj je bila v njihovem primeru ta izmena šele na tretjem mestu, v našem primeru pa na drugem. Ugotovitvam naše raziskave pritrjujejo tudi Iversen, et al. (2016), kjer sta bila vrhova z nasilnimi incidenti ob 13. uri in 20. uri. Na različno obremenjenost izmen sicer lahko vpliva kadrovska zasedba kot tudi aktivnosti, ki se izvajajo na oddelku. Ko je manj osebja, je nasilja več, kot ga je tudi več v izmenah, ko je manj oddelčnih aktivnosti. Vendar pa Staggs (2012) navaja, da je treba biti previden pri podajanju zaključkov, ali večja prisotnost zaposlenih v zdravstveni negi na psihiatričnih oddelkih pripomore k manj nasilnim dogodkom s strani pacientov, saj je v raziskavi prišel do ugotovitev, da je bilo število osebja pozitivno povezano z incidenti, vendar pa se je pri zelo visokem številu osebja ta povezava nato obrnila v negativno. V UPK Ljubljana je v dopoldanski izmeni na oddelkih pod posebnim nadzorom kadrovska zasedba – dve diplomirani medicinski sestri in dva tehnika zdravstvene nege. V popoldanski izmeni pa ena diplomirana medicinska sestra in trije tehniki zdravstvene nege, medtem ko v nočni izmeni ena diplomirana medicinska sestra in dva tehnika zdravstvene nege. Pri tem pa je treba vzeti v obzir tudi prisotnost drugih profilov zaposlenih. V dopoldanskem času je na oddelku stalno prisoten tudi delovni terapevt, medtem ko ga v popoldanski izmeni ni. V dopoldanskem času je prisotno tudi večje število oddelčnih zdravnikov, medtem ko v popoldanskem času stalno prisotnih zdravnikov na oddelku ni. Vidimo, da trenutna kadrovska zasedba ne dosega strokovnih kadrovskih normativov, ki jih je Zbornica – Zveza leta 2021 sprejela z dokumentom Kadrovski standardi in normativi v zdravstveni in babiški negi. Dokument še do danes ni bil uradno sprejet in potrjen s strani Ministrstva za zdravje Republike Slovenije. Za področje psihiatrije in oddelek pod posebnim nadzorom bi bil veljaven kadrovski normativ sedem tehnikov zdravstvene nege, 22 diplomiranih medicinskih sester in šest diplomiranih medicinskih sester z naprednimi znanji (Zbornica – Zveza, 2021, p. 8). Tudi ko bo dokument potrjen, bo trajalo več let, da bodo kadrovski normativi doseženi, saj je prisotno kritično pomanjkanje zaposlenih v zdravstveni negi. Zaposleni se zaradi slabih delovnih razmer in plačila ne želijo zaposlovati v javnih zdravstvenih ustanovah, to pa bo še večji problem, ko se bodo kadrovski normativi morali začeti izvajati.

3.5.2 Zaposleni

Zaposleni v zdravstveni negi so tisti izvajalci, ki lestvico OAS/BVC izpolnjujejo v največji meri in jo najboljše tudi poznajo, temu pritrjujejo različni avtorji (Yao, et al., 2014; Lockertsen, et al., 2019), kjer so bili ravno zaposleni v zdravstveni negi tisti, ki so pacientovo vedenje opazovali in izpolnjevali lestvico. V raziskavi so zaposleni v zdravstveni negi kot negativni vidik izpostavili dejstvo, da njihovo večinsko izpolnjevanje lestvice povzroča nepoznavanje lestvice pri zdravnikih, kar za seboj potegne neodzivnost na lestvico s strani zdravnikov. Temu pritrjuje izjava zdravnice iz raziskave, iz katere je razvidno, da neuporaba lestvice z njihove strani povzroči negativne učinke: *»Mislím, mi jo premal uporabljamo, pač zdravniki in nam te številke zelo mal povejo, tko k recimo tud potem k izpolnjujemo tiste liste za incident in to, pa pol pač na teh modrih listih za posebne varovalne ukrepe, jst bolj to ... mislm, bolj prepíšem no, ne da jst sama zlo, a ne, se ne ukvarjam s tem, kok je ta številka, kar je mogoče narobe, mislm verjetno, da bi lahko mi zdravniki ... mislm, da bi loh k tud mi to uporabljaj v naših dekurzusih, da se to nekje zabeleži« 1/7/ŽD-9.*

Implementacija strukturiranih orodij je že v osnovi zasnovana tako, da se v trening izpolnjevanja lestvic ponavadi vključuje le zaposlene v zdravstveni negi (Sarver, et al., 2019), čeprav je raziskava avtorjev Wu, et al. (2015), v procesu validacije lestvice BVC in MOAS v njihovem prostoru, vključevala tako zdravnike kot dva zaposlena iz zdravstvene nege, ki so nato skupaj prišli do ugotovitev, da sta lestvici učinkovito orodje. In prav vse negativne lastnosti glede lestvice OAS/BVC v naši kvalitativni raziskavi so se nanašale na problematiko dojetanja, da je lestvica OAS/BVC domena zgolj zdravstvene nege. Torej nismo zaznali, da bi intervjuvanci v sami lestvici kot strukturiranemu orodju našli kakšno pomanjkljivost. Yao, et al. (2014) so potrdili, da so bile povratne informacije s strani zaposlenih v zdravstveni negi pozitivne, lestvico BVC pa so smatrali kot obetavno orodje pri ugotavljanju nasilnega vedenja. Temu pritrjujejo tudi naše ugotovitve, ki kot pozitivne lastnosti lestvice OAS/BVC navajajo: dober pokazatelj pojavnosti nasilnega vedenja, pravočasno prepoznavanje in posledično pravočasno ukrepanje, večjo previdnost pri delu, kar nazorno prikaže izjava diplomiranega zdravstvenika, ki uporabo lestvice opiše kot sistemsko zaznavanje

nasilnega vedenja: »Lestvico uporabljamo že več kot deset let. Spomnim se začetkov same uporabe in takrat, ko smo se odločevali, kako bi spravili v življenje in v prakso, seveda tako kot se to uporablja v tujini v elektronski obliki v vsaki izmeni za vse paciente, to na naši kliniki takrat ni bilo možno in še danes ni. Pa smo izbrali nek kompromis, kako jo rešujemo in jst jo od vsega začetka podpiram in jo vidim kot nek doprinos k sistemskemu zaznavanju kakršne koli oblike agresije pri našem delu« 3/DMS/MD-17.

Zaradi združitve v našem primeru dveh mednarodno uveljavljenih lestvic so intervjuvanci imeli možnost prepoznave te dodane vrednosti, saj je OAS tista lestvica, ki zaznava izvedene intervencije (Moursel, et al., 2018) in kot eno od pozitivnih lastnosti lestvice navedli prav dokumentiranje izvedenih intervencij, posledično pa tudi večjo odzivnost samih intervencij. Vse intervencije, ki jih z lestvico dokumentiramo, so posledično evidenten dokaz izvedenih intervencij, namreč brez lestvice veliko teh intervencij ne bi bilo nikjer zabeleženih. Groot, et al. (2018) navajajo, da se pomanjkljivosti v dokumentaciji zdravstvene nege pojavljajo ravno pri dokumentiranju intervencij. Raziskava Campos, et al. (2018) pa je pokazala, da so zaposleni v zdravstveni negi porabili 58 % ur ravno za izvajanje intervencij posredne zdravstvene nege. Zaposleni v zdravstveni negi so v naši raziskavi dokazljivost izvedenih intervencij prek lestvice navedli tudi kot objektiven argument, ki se ga lahko uporabi pri planiranju kadrovskih normativov. Swiger, et al. (2016) pa navajajo, da se potrebe po kadrih določajo ravno z merjenjem delovnih obremenitev, ki pa je v večini primerov čas, ki ga zaposleni v zdravstveni negi potrebuje za dokončanje naloge. Iz dela kvantitativne raziskave smo ugotovili, da pri incidentu z nasilnim vedenjem osebje izvede več kot le eno intervencijo. Čeprav je bila v 95,1 % najpogosteje izvedena intervencija pogovor s pacientom (tabela 4), ki je na področju psihiatrije temeljna intervencija (Novais, et al., 2022), pa je to tudi intervencija, ki zaposlenemu v zdravstveni negi vzame veliko časa, saj je osnova terapevtske komunikacije prav oblikovanje odnosa med pacientom in zaposlenim v zdravstveni negi (Thompson & Chanda, 2016).

V kvalitativnem delu raziskave nas je zanimalo tudi razmišljanje intervjuvancev glede pojavnosti različnih oblik nasilnega vedenja. Zdravnika sta poročala o soočanju z verbalno nasilnim vedenjem, medtem ko izkušnje s fizično nasilnim vedenjem nista

imela. Zaradi majhnega vzorca intervjuvanih zdravnikov bi bilo napačno posploševati, da se zdravniki s fizično nasilnim vedenjem ne soočajo, kar potrjujejo tudi ugotovitve Kumari, et al. (2020), ki so s pregledom literature ugotovili, da se zdravniki soočajo tako z verbalno kot fizično nasilnim vedenjem, najpogosteje pa se dogaja na področju urgentne medicine in področju psihiatrije, torej podobno, kot kažejo raziskave na področju zdravstvene nege (Pekurinen, et al., 2017; Schablon, et al., 2018; Cameron, et al., 2022). S soočanjem tako z verbalno kot fizično nasilnim vedenjem pa so v raziskavi poročali zaposleni v zdravstveni negi, temu pa pritrjujejo tako domače raziskave (Babnik, et al., 2012; Bojić, et al., 2016; Gabrovec, 2014; Gabrovec, 2022) kot številne tuje raziskave (Lior-Esteban, et al., 2017; Xiang Yang, et al., 2018; Basfr, et al., 2019; Niu, et al., 2019; Al-Omari, et al., 2019; Babiarczyk, et al., 2020). Med zdravstvenimi delavci so prav zaposleni v zdravstveni negi tisti, ki se najpogosteje soočajo z različnimi in hujšimi oblikami nasilnih vedenj (Leeuwen & Harte, 2015). Intervjuvanci so navajali evidentno razliko v distanci med pacientom in zdravnikom, saj zdravniki preživijo manj časa med pacienti, kar je po njihovem mnenju razlog, da so zaposleni v zdravstveni negi soočeni z vsemi vrstami oblikami nasilnega vedenja, temu pa pritrjujejo tudi Bojić, et al. (2016), ki navajajo, da so zaposleni v zdravstveni negi ravno zaradi preživetega časa ob pacientu bolj izpostavljeni nasilnemu vedenju. Zaposleni v zdravstveni negi so izpostavili izrazito visoko toleranco do nasilnega vedenja, še posebej do verbalno nasilnega vedenja, medtem ko so do fizično nasilnega vedenja še imeli nizko toleranco, ki pa se je tudi že povečevala. Prevelika toleranca do nasilnega vedenja vodi v dojetanje nasilja kot del službe. V zdravstveni negi na področju psihiatrije Stevenson, et al. (2015) v raziskavi poročajo, da so zaznali kulturo, kjer je treba nasilno vedenje sprejeti kot del službe, pri tem pa so še posebej izpostavili verbalno nasilno vedenje, kjer so ga zaposleni v zdravstveni negi kot del službe tako ponotranjili, da se jim verbalno nasilnega vedenja ni zdelo vredno niti dokumentirati. Temu pritrjujejo tudi Baby, et al. (2014), ki opozarjajo, da je verbalno nasilno vedenje že težko prepoznati, saj ga večina zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije sprejema kot del službe. Te ugotovitve pa se ujemajo tudi z ugotovitvami intervjuvancev v zdravstveni negi. Temu pritrjuje tudi izjava zdravnika iz raziskave, ki pravi: *»Mislím, se mi zdi zelo problematično, sploh če nekaj vodilni ljudje, ammm, gledajo na to, kokr, da je nasilje to sestavni del službe, da je nekaj treba vzeti v zakup. Se mi zdi res problem in da bi moglo bit to poskrbljeno s službo, k je temu*

namenjan, k ma pooblastila taka, ne pa da se pričakuje to od zdravstvenih delavcev, predvsem, da se to pričakuje od medicinskih, k so pr tem same« 7/Z/MD-14. Našim ugotovitvam pritrjujeta tudi Van Fossen in Chang (2022), ki o kulturi sprejemanja nasilnega vedenja kot del službe poročata v 45 % tudi pri drugih zdravstvenih delavcih, kot so fizioterapevti.

Zanimali so nas tudi vzroki za pojav nasilnega vedenja po mišljenju intervjuvancev. Prišli smo do ugotovitev, da največji delež vzrokov tiči prav na zaposlenih samih, kar zaznavajo tudi Weltens, et al. (2021), kjer je bil ravno delež dejavnikov pri zaposlenih največji, delež dejavnikov pri pacientu pa najmanjši. Znotraj raziskave smo prišli do ugotovitev, da so vzroki pri zaposlenih v veliki meri odvisni od osebnih lastnosti zaposlenega ter odnosa zaposlenega do pacienta skupaj s profesionalno komunikacijo. O pomenu komunikacije do pacienta, ki ne sme biti arogantna, pokroviteljska, pridigajoča, stroga in ukazovalna, govorijo Gildberg, et al. (2021), ki navajajo, da je pomembna toleranca do konfliktnih situacij, tako z vidika posameznega zaposlenega kot tudi s strani sodelavcev. Prišli so namreč do zaključkov, da je toleranca odvisna od občutka varnosti zaposlenega, od tega pa je potem odvisna strpnost do pacientovega vedenja. Prav strpnost zaposlenega namreč odloča o vrsti ukrepov, ki jih nato zaposleni izvedejo. Temu pritrjujejo tudi ugotovitve Yap, et al. (2023), saj kot ključ za zmanjšanje nasilnega vedenja navajajo prav izboljšanje odnosa med pacienti in zaposlenimi. Peterka Novak (2014) navaja, da do pomanjkanja profesionalne komunikacije vodi tudi večletno delo na istih oddelkih. To se lahko prepreči s kroženjem zaposlenih, saj delo na drugih oddelkih poveča izmenjavo izkušenj, bolje preprečuje utrujenost in povečuje zadovoljstvo zaposlenih. Vendar je pri tem treba biti previden, saj to lahko zamaje zaupanje v timu zaradi sprememb v dinamiki celotnega tima. Tudi znotraj naše raziskave smo zaznali težavo večletnega dela na najbolj obremenjenih oddelkih, ko so zaposleni poročali, da na oddelkih pod posebnim nadzorom prav zaradi nasilnega vedenja pacientov ne zmorejo oziroma ne želijo več delati, saj do pacientov ne zmorejo več vzpostaviti profesionalnega odnosa. Vendar pa je pri obravnavi nasilnega vedenja pomembna tudi komunikacija med zaposlenimi v zdravstveni negi in zdravniki. Zaposleni v zdravstveni negi so v raziskavi izpostavljali pomanjkanje sodelovanja z zdravniki in občutek, da se zdravstvene nege ne upošteva ter da pri soočanju z nasilnimi vedenji ostajajo prepuščeni samemu sebi. O kompleksnosti sodelovanja med

zdravniki in zaposlenimi v zdravstveni negi govorita tudi Morag in Zimmerman (2021), ki v raziskavi prideta do zanimivih ugotovitev, in sicer o razliki vrednostnih sistemov ter dojemanj med tema dvema poklicnima skupinama. Medtem ko zaposleni v zdravstveni negi vse svoje aktivnosti vidijo kot pomembne, pa zdravniki tako vidijo svoje aktivnosti, medtem ko aktivnosti zaposlenih v zdravstveni negi vidijo kot manj pomembne. V raziskavi so kot vzrok na strani zaposlenih izpostavili tudi delovne izkušnje, kjer so izpostavili pomembnost pristopa do pacienta, ki pa se izoblikuje tekom let in s pridobivanjem dodatnih znanj ter izkušenj v praksi. Li, et al. (2022) opozarjajo na pomen kadrovske zasedbe glede na delovne izkušnje, saj so zaposleni z malo leti izkušenj pogosteje soočeni z nasilnim vedenjem. Da so delovne izkušnje pomembne v raziskavah, govorijo tudi drugi avtorji (Edward, et al., 2014; Weltens, et al., 2021; Abu Ras, 2023), medtem ko Agbornu, et al. (2022) poleg delovnih izkušenj navajajo tudi pomembnost izobrazbene strukture zaposlenih v zdravstveni negi, saj so bili zaposleni z višjo izobrazbo manjkrat soočeni z nasilnim vedenjem. Lickiewicz, et al. (2019) navajajo, da starost, delovne izkušnje in izobrazba vplivajo na odnos do nasilnega vedenja, ki je pozitivnejši prav v primeru več delovnih izkušenj. Namreč negativen odnos do nasilnega vedenja pomeni večjo uporabo posebnih varovalnih ukrepov, ob tem pa opozarjajo na različno zaznavanje nasilnega vedenja pri zaposlenih. V raziskavi je osebje na Poljskem nasilno vedenje zaznavalo kot negativno in ni videlo nobenih elementov za izboljšanje odnosa, ravno nasprotno pa je osebje na Norveškem nasilno vedenje zaznavalo kot posledico pomanjkanja komunikacije. Bregar (2019) v raziskavi odnosa do posebnih varovalnih ukrepov v Sloveniji izpostavi, da zaposleni v zdravstveni negi pri obvladovanju nasilnega vedenja nase gledajo kot na tiste, ki na to nimajo nobenega vpliva, pacient pa je po njihovem mnenju glavni krivec za uvedbo posebnih varovalnih ukrepov. Kako kompleksno je spreminjanje razmišljanja na področju psihiatrije, pokaže tudi primer ovir pri izvajanju skupnostne psihiatrije v Sloveniji, kjer Švab in Švab (2013) izpostavita, da usposabljanje na področju skupnostne psihiatrije ni bilo v skladu s tradicionalnim izobraževanjem v psihiatričnih ustanovah, čutiti je bilo odpor do sprememb, kot glavno napako pa navajata nezadostno usklajevanje med vsemi akterji.

V raziskavi nas je zanimal tudi vpliv nasilnega vedenja na zaposlene. Dobnik, et al. (2018) navajajo, da je znotraj slovenskih bolnišnic med zaposlenimi v zdravstveni negi prisotna

visoka raven stresa, ta pa je odvisna od zadovoljstva pri delu, delovnih pogojev, dela brez motečih dejavnikov in komunikacije znotraj tima ter odnosa s pacientom. Intervjuvanci raziskave so vpliv nasilnega vedenja opisali kot stresno izkušnjo in izpostavili, da nasilno vedenje vpliva na dinamiko družinskega življenja, povzroča utrujenost, prestrašenost, to pa vodi v odpor do dela in povzroča netoleranco. Temu pritrjujejo raziskave različnih avtorjev (Lanctôt & Guay, 2014; Edward, et al., 2014; Bernaldo-De-Quiros, et al., 2015; Pekurinen, et al., 2017; Hassankhani, et al., 2018; Schablon, et al., 2018; Basfr, et al., 2019; Cameron, et al., 2022), ki med glavnimi posledicami navajajo strah, stres, izgorelost, nezadovoljstvo pri delu, menjavo službe, motnje v družinskem življenju ter odmik od pacientov. Khait, et al. (2022) navajajo, da so zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije soočeni s ponavljajočim nasilnim vedenjem, kar vpliva na kakovost dela in produktivnost, saj soočanje z nasilnim vedenjem pri zaposlenih povzroča občutke ranljivosti, kar vpliva (Caruso, et al., 2021) na moralo in nenazadnje na izid zdravljenja pacienta. Temu pritrjujejo izsledki raziskave tako v kvantitativnem delu raziskave, kjer smo opazili redno prisotnost nasilnega vedenja kot v kvalitativnem delu, kjer so o tem poročali zaposleni. Izpostavili so, da je zaradi konstantnega soočanja z nasilnim vedenjem prisoten odpor do dela na oddelkih pod posebnim nadzorom, kjer je prisotnost nasilnega vedenja največja. Lamothe in Guay (2017) opozarjata prav na različnost posledic, ki se lahko kažejo v milejših ali hujših oblikah, kot je tendenca po zamenjavi službe ali celo poklica.

V zadnjem delu kvalitativne raziskave so nas zanimale strategije, ki jih zaposleni uporabljajo ob soočanju z nasilnim vedenjem. Prišli smo do presenetljivih ugotovitev, ki jih razumemo kot skrb vzbujajoče. Intervjuvanci so izpostavili zgolj štiri strategije, ki jih uporabljajo, in sicer pogovor v timu, pogovor z bližnjimi, športna aktivnost in samokontrola čustev. Pri tem so izpostavili, da največkrat izberejo zgolj eno strategijo, in sicer pogovor v timu. Nasprotno našim ugotovitvam Madathumkovilakath, et al. (2018) navajajo, da je 10,7 % zaposlenih izvajalo več kot eno strategijo, od tega pa je bila najpogostejša strategija načrtnega reševanja problemov. Strategija socialne podpore je bila v 40,7 % na drugem mestu. Kerr, et al. (2017) potrjujejo, da je največ zaposlenih za strategijo uporabilo prav pogovor s sodelavci in družino (86 %), medtem ko so športno aktivnost navedli 4 % zaposlenih, v istih odstotkih pa navajajo tudi nekonstruktivne

strategije soočanja, kot je alkohol, jemanje pomirjeval, česar v naši raziskavi nismo zaznali. Znotraj raziskave smo zaznali izrazito pomanjkanje strategij, ki bi zaposlenim pomagale pri soočanju. Sami so izkazovali željo po dodatnem strokovnemu izobraževanju, sistemskih rešitvah, superviziji in podpori nadrejenih, kjer so izpostavljali, da znotraj delovnega okolja podpore s strani nadrejenih ne čutijo. Niu, et al. (2019) navajajo, da je podpora delodajalca še kako pomembna, saj mora zagotavljati možnost svetovanja zaposlenim. Delodajalec mora poskrbeti za usposobljenost zaposlenih pri kontroli lastnih čustev, prav tako pa mora imeti vzpostavljene klinične poti ob soočanju z nasilnim vedenjem. V raziskavi smo prišli do ugotovitev, da so zaposleni prepuščeni samemu sebi: *»Kle velikrat nimaš možnosti, kle se a ne, neki pogovort pa to dat ven, pa razmislt, kako bi blo boljš, pa kaj bi lahk nardil, pa kako bi se sprostil, da bi to pač žal smo pr tem sami« 2/TZN/ŽOPD-21.*

Prav tako smo zaznali, da je prisotno pomanjkanje kliničnih poti, kako reagirati ob nasilnih dogodkih in kako se s tem soočati. Bregar (2019) navaja, da je že izvajanje posebnih varovalnih ukrepov stresno, izvajalci pa pogrešajo podporo v delovnem okolju tudi pri izvajanju intervencij, ki so na področju psihiatrije stresne in specifične. O pomenu podpore zaposlenim v zdravstveni negi govorijo Cruz, et al. (2014), ki za izboljšanje sposobnosti spoprijemanja s stresom navajajo klinično supervizijo. Klinična supervizija bi morala imeti podporo s strani nadrejenih, zaposlenim v zdravstveni negi pa bi morala biti poznana in temeljni člen pri soočanju z nasilnim vedenjem (Bifarin & Stonehouse, 2017).

O učinkovitosti klinične supervizije govorijo Snowdon, et al. (2017), ki so v raziskavi dokazali povezanost supervizije z učinkovitostjo zdravstvene nege. Intervjuvanci v raziskavi so izpostavljali, da bi si želeli supervizije: *»Klinika bi bla dolžna organizirat eno oblika sistemske kontinuirane pomoči razbremenitve zaposlenih, ki so pogosteje z nasilnim vedenjem soočani v obliki ne vem kakršne koli supervizije, drugih oblik, ki so temu namenjene« 3/DMS/MD-28.*, saj je problem soočanja z nasilnim vedenjem tako velik, da strategije, kot so le pogovor v timu, niso zadostne. Pogovor s sodelavci/svojeci prinese trenutno olajšanje, ne reši pa težave na daljši rok, tu zaposleni v zdravstveni negi ostajajo prepuščeni samemu sebi.

3.5.3 Priporočila za nadaljnje delo

Z raziskavo smo prišli do pomembnih ugotovitev. Prepoznali smo uporabnost združenost dveh mednarodno uveljavljenih lestvic OAS in BVC. Prepoznali smo možnosti za izboljšanje komunikacije med zaposlenimi v zdravstveni negi in zdravniki. Prepoznali smo stisko zaposlenih v zdravstveni negi pri preprečevanju nasilnega vedenja in pomanjkanje preverjenih strategij za soočanje z nasilnim vedenjem.

V nadaljevanju podajamo predloge za izboljšanje preprečevanja nasilnega vedenja in za aktivno spoprijemanje z nasilnim vedenjem:

- Izvedba raziskave v zdravstveni negi na področju psihiatrije na celotnem področju Slovenije, tako v bolnišnicah, nadzorovani obravnavi in duševnih centrih – z raziskavo bi ugotovili obremenjenost z nasilnim vedenjem, vzroke za nasilno vedenje in na podlagi rezultatov raziskave uvedli sistemske ukrepe na nacionalni ravni.
- Uvedba e-izpolnjevanja lestvice OAS/BVC – s tem bi prihranili čas, tako bi lahko uvedli izpolnjevanje lestvice za vse paciente in izpolnjevanje lestvice s strani vseh zaposlenih.
- Medpoklicno predstavljanje poročil analize lestvice OAS/BVC – z medpoklicnim obveščanjem bi pridobili boljše sodelovanje zdravstvene nege in medicine, približali lestvico vsem zaposlenim in izboljšali prispevek k varnosti zaposlenih in pacientov.
- Strokovna izobraževanja za vse novozaposlene – izobraževanje bi obsegalo celotno vsebino duševnih motenj, obsežno znanje iz farmakoterapije, deeskalacijskih tehnik, profesionalne komunikacije, ukrepe za preprečevanje nasilnega vedenja in seznanjenost ter učenje strategij za soočanje z nasilnim vedenjem. Teoretično znanje bi se zaključilo s pisnim izpitom. Z ustnim izpitom bi se zaključilo znanje iz profesionalne komunikacije.

- Redno preverjanje znanja za vse zaposlene na tri leta – s tem bi ugotovili manjko znanja zaposlenih, kar bi vodilo v dodatno izobraževanje zaposlenih, ki bi bilo ciljano. Preverjanje znanja bi bilo pisno.
- Uvedba redne supervizije z zunanjim neodvisnim supervizorjem – zaposleni v zdravstveni negi bi tako imeli možnost pogovora z neodvisnim strokovnjakom, kjer jih ne bi bilo strah odkrito spregovoriti. S supervizijo bi reflektirali lastne občutke in se tudi lažje vživeli v zdravstveno stanje pacientov, ki tekom hospitalizacije izkazujejo nasilno vedenje.
- Dvomesечna srečanja med zaposlenimi v zdravstveni negi in zdravniki, kjer bi obravnavali primere iz klinične prakse – predstavljen bi bil vidik zaposlenih v zdravstveni negi in vidik zdravnikov. S tem bi izboljšali medsebojno sodelovanje in vzpostavljali zaupanje in občutke medsebojne podpore.
- Redne varnostne vizite ob večjih incidentih – s tem bi uvedli kulturo varnosti, saj bi razpravljali o rešitvah, ki bi preprečile podobne zaplete. Pri tem je pomembno, da se ne išče krivca, ampak rešitev problema. Zaposleni morajo čutiti, da niso na zaslišanju, ampak so partner pri izboljšanju klinične prakse.
- Uvedba kliničnih poti za različne situacije z nasilnim vedenjem – zaposleni bi bili opolnomočeni, saj bi vedeli, kako ukrepati ob nasilnem vedenju pacienta. Seveda se vseh situacij vnaprej ne da predvideti, vendar je osnovni okvir pomemben za opolnomočenost zaposlenih, saj to vodi v občutek večje varnosti.
- Takojšnja psihološka podpora zaposlenim ob hujšem nasilnem incidentu, ki bi se izvajala s strani kliničnih psihologov – zaposleni bi tako imel možnost hitrega pogovora že po samem incidentu oziroma naslednji dan. V primeru bolniškega staleža bi bila zaposlenemu zagotovljena psihološka podpora ob vrnitvi na delo.
- Izobraževanje vodij timov in nadrejenih vodij enot za krizni management – vodje bi bile opolnomočene za konstruktivno in podporno komunikacijo z zaposlenimi, ki se soočajo z nasilnim vedenjem. Zaposleni bi tako čutil podporo nadrejenega,

kar bi preprečevalo občutke prepuščenosti samemu sebi ali občutke obsojanja s strani nadrejenih.

3.5.4 Omejitve raziskave

Lestvice so se beležile ročno, kar je podaljšalo obdelavo podatkov in povečalo možnost napak. Potrebno je bilo neprestano učenje novozaposlenih, ki lahko različno razumejo oziroma potrebujejo daljši čas za natančno razumevanje lestvic. Uporaba lestvice se ne izvaja za vsakega pacienta za vsako izmeno, kar bi podalo še objektivnejše podatke. V obzir je treba vzeti tudi, da število izpolnjenih lestvic ne pomeni, da je bilo obravnavano toliko pacientov, ampak pomeni, da je bilo lahko za enega pacienta izpolnjenih tudi več lestvic. Prav tako ne moremo vedeti, ali je število izpolnjenih lestvic (incidentov) glede na sprejeme v našem prostoru veliko ali ne, saj nismo naredili primerjave med bolnišnicami glede na število sprejemov. Omejitve raziskave so še, da ne vemo, ali je bila lestvica izpolnjena za vsak incident ali ne. Ker gre le za opazovalno raziskavo, kjer nismo naredili preizkusa, da bi kontrolirali sam proces izpolnjevanja, smo lahko proučili le podatke, ki smo jih pridobili, nismo pa posegali v podatke. Tako lahko le predvidevamo, ne moremo pa iskati vzrokov.

4 ZAKLJUČEK

Nasilno vedenje je izrazito obremenjujoče za celotni zdravstveni tim, v katerem se takšno vedenje dogaja in za vsakega posameznega člana tega tima, kjer je potrebno zavedanje, da vsak član tima drugače doživlja in se sooča z nasilnim vedenjem. Ravno tako je takšno vedenje obremenjujoče za paciente, pa naj si bodo to pacienti z nasilnim vedenjem ali sopacienti, ki takšno vedenje opazujejo. Na področju psihiatrije je odnos med zaposlenim v zdravstveni negi in pacientom poseben ter izjemnega pomena, saj mora biti med njima vzpostavljen terapevtski odnos, ki mora temeljiti na iskrenosti in medsebojnemu zaupanju. Vse to je v primeru nasilnega vedenja pacientov na veliki preizkušnji. Zaradi kompleksnosti problema, ki vztraja in se v zadnjem času širi, je treba sprejeti sistemske ukrepe na nacionalni ravni, kot na primer nacionalni program za preprečevanje in zmanjševanje nasilja v zdravstvenih ustanovah, kjer se bi zaposleni počutili varne, same zdravstvene organizacije pa bi bile pri izvajanju suverene, predvsem pa bi redno merile učinke takšnih programov. Zaposlene je treba vključiti v kontinuirano strokovno izobraževanje na z dokazi podprti praksi zdravstvene nege, s ciljem opolnomočiti zaposlene za prepoznavo nasilnega vedenja in strokovno preprečevanje in obvladovanje. Zaposleni morajo biti spretni v profesionalni in terapevtski komunikaciji s pacienti, tudi v najtežjih primerih. Ravno tako morajo zaposleni imeti možnost samorefleksije, zato je potrebno, da se zaposlenim ponudi supervizijo, saj to vodi k profesionalnemu razvoju zaposlenih.

Spremeniti bo treba razmišljanje, da je odgovornost za nasilno vedenje v največji meri pri pacientu. V današnjih časih, ko raziskave kažejo ravno nasprotno, je takšno dojemanje neustrezno. Zaposlene je treba izobraziti in pripraviti do samorefleksije, da so deleži dejavnikov razpršeni ter da je velik delež na njih samih. Zavedanje zaposlenih, da je njihov neprimeren odnos do pacienta lahko velik sprožilec za nasilno vedenje, je torej ključen. Izboljšati je potrebno sodelovanje in komunikacijo med stroko zdravstvene nege in stroko medicine. Le medpoklicno sodelovanje bo doprineslo sinergijske občutke, ki se bodo kazali na zadovoljstvu zaposlenih in na dobro izvedeni strokovni zdravstveni negi in zdravljenju.

Prav tako gre za pomanjkanje znanja pri soočanju s strategijami, saj so zaposleni navedli izvajanje osnovnih strategij, nihče pa ni omenil sodobnih strategij, ki bi jih moral v prvi vrsti ponuditi delodajalec, kot so naprimer supervizija, strokovna psihološka pomoč ter redni timski pogovori z varnostnim načrtom. Težje delovne pogoje v psihiatriji ureja tudi zakonodaja z določili v kolektivnih pogodbah za različne delovne skupine v zdravstvu, kot je več dni dopusta, vendar to ni dovolj. Predvsem bi tu morali biti zagotovljeni ukrepi za varnost zaposlenih, kot so naprimer tipka SOS za vsakega zaposlenega, v sprejemnih ambulantah detektor kovin, varnostna služba s pooblastili za ukrepanje v primeru nasilnega vedenja itd. Ponudba in poznavanje sodobnih strategij je vitalnega pomena, saj bi zaposlene razbremenili negativnega stresa. S tem bi dosegli večjo strpnost in zmanjšali odpor do dela s pacienti, ki so zahtevni in od zaposlenih zahtevajo dodatne napore. Pri tem je treba poudariti, da so zaposleni glede na njihove izkušnje iz prakse pomembni (so)oblikovalci ukrepov v delovnem okolju. Prav slednje so zelo pomembne pri oblikovanju sodobnih pristopov k oblikovanju delovnih okolij, še posebno na področju preprečevanja in obvladovanja nasilnega vedenja.

5 LITERATURA

Abderhalden, C., Needham, L., Dassen, T., Halfens, R., Haung, H-J. & Fischer, E.J., 2008. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 193, pp. 44-50. 10.1192/bjp.bp.107.045534.

Abu Ras, I., 2023. The factors that affect violence against nurses in emergency departments. *Heliyon*, 9, pp. 1-6. 10.1016/j.heliyon.2023.e14306.

Agbornu, F.M.K., Bofao, I.M. & Ofei, A.M.A., 2022. Effects of workplace violence on the quality of care by nurses: A study of the Volta Region of Ghana. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 16, pp. 1-7. 10.1016/j.ijans.2022.100421.

Almvik, R. & Woods, P., 1999. Predicting inpatient violence using the Broset Violence Checklist (BVC). *International Journal of Psychiatric Nursing*, 4(3), pp. 498-505.

Al-Omari, H., Khait, A.A., Al-Modallal, H., Al-Awabdeh, E. & Hamaideh, S., 2019. Workplace violence against nurses working in psychiatric hospitals in Jordan. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33, pp. 58-62. 10.1016/j.apnu.2019.08.002.

Araya, T., Ebnemelek, E. & Getachew, R., 2020. Prevalence and associated factors of aggressive behaviour among patients with schizophrenia at Ayder comprehensive specialized hospital, Ethiopia. *BioMed Research International*, 20, pp. 1-8. 10.1155/2020/7571939.

Archer, M., Lau, Y. & Sethi, F., 2016. Women in acute psychiatric units, their characteristics and needs: a review. *BJPsych Bulletin*, 40(5), pp. 266-272. 10.1192/pb.bp.115.051573

Asaoka, H., Sasaki, N., Kuroda, R., Tsuno, K. & Kawakami, N., 2021. Workplace bullying and patient aggression related to COVID-19 and its association with

psychological distress among health care professionals during the COVID-19 pandemic in Japan. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 255(4), pp. 283-289. 10.1620/tjem.255.283.

Asikainen, J., Louheranta, O., Vehvilainen-Julkunen, K. & Repo-Tiihonen, E., 2020. Use of coercion prevention tools in Finnish psychiatric wards. *Archives of Psychiatric Nursing*, 34, pp. 412-420. 10.1016/j.apnu.2020.07.013.

Babiarczyk, B., Turbiarz, A., Tomagova, M., Zelenikova, R., Onler, E. & Cantus, D.S., 2020. Reporting of 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. 10.13075/ijomeh.1896.01475.

Babnik, K., Štemberger Kolnik, T. & Kopač, N., 2012. Predstavitev rezultatov dela raziskave “Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu”: oblike, pogostost in povzročitelji psihičnega nasilja. *Obzornik zdravstvene nege*, 46, pp. 147-156.

Baby, M., Glue, P. & Carlyle, D., 2014. Violence is Not Part of Our Job: A thematic analysis of psychiatric mental health nurses' experiences of patient assaults from a New Zealand perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 35, pp. 647-655. 10.3109/01612840.2014.892552.

Bader, S., Evans, S.E. & Welsh, E., 2014. Aggression among psychiatric inpatients: The relationship between time, place, victims, and severity ratings. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 20(3), pp. 179-186. 10.1177/1078390314537377.

Basfr, W., Hamdan, A. & Al-Habib, S., 2019. Workplace violence against nurses in psychiatric hospital settings. Perspectives from Saudi Arabia. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 19(1), pp. 19-25. 10.18295/squmj.2019.19.01.005.

Berlanda, S., Pedrazza, M., Fraizzoli, M. & Cordova, F., 2019. Addressing risk of violence against healthcare staff in emergency departments: the effect of job satisfaction

and attachment style. *BioMed Research International*, 2019(1). 10.1155/2019/5430870.

Bernaldo-De-Quiros, M., Piccini, A., Mar Gomez, A. & Cerdeira, J.C., 2015. Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: Cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 52, pp. 260-270.

Bifarin, O. & Stonehouse, D., 2017. Clinical supervision: an important part of every nurse's practice. *British Journal of Nursing*, 26(6), pp. 331-5. 10.12968/bjon.2017.26.6.331.

Bitencourt, M.R., Alarcao, A.C.J., Silva, L.L., Dutra, A.C., Caruzzo, N.M., Roszkowski, I., Bitencourt, M.R., Marques, V.D., Pelloso, S.M. & Barros Carvalho, M.D., 2021. Predictors of violence against health professionals during the COVID-19 pandemic in Brazil: a cross-sectional study. *PLOS ONE*, 16(6), pp. 1-16. 10.1371/journal.pone.0253398.

Björkdahl, A., Hansebo, G. & Palmstierna, T., 2012. The influence of staff training on the violence prevention and management climate in psychiatric inpatient units. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(5), pp. 1-9.

Bojić, M., Bole, U. & Bregar, B., 2016. Pogostost in značilnosti nasilja nad zdravstvenimi delavci na področju medicinske pomoči in psihiatrije. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(4), pp. 308-315. 10.14528/snr.2016.50.4.128.

Bottesi, G., Candini, V., Ghisi, M., Bava, M., Bianconi, G., Bulgari, V., Carra, G., Cavallera, C., Conte, G., Cricelli, M., Ferla, M.T., Lozzino, L., Macis, A., Stefana, A. & Girolamo, G., 2018. Personality, schizophrenia and violence: a longitudinal study: the second wave of the viomed project. *Journal of Personality Disorders*, 32(2), pp. 465-481. 10.1521/pedi_2017_31_304.

Boldrini, T., Girardi, P., Clerici, M., Conca, A., Creati, C., Di Cicilia, G., Ducci, G., Durbano, F., Maci, C., Maone, A., Nicolo, G., Oasi, O., Percudani, M., Polselli, G.M.,

Pompili, M., Rossi, A., Salcuni, S., Tarallo, F., Vita, A., Lingiardi, V. & The Italian Network for Research on Mental Health during COVID-19 Pandemic, 2021. Consequences of the COVID-19 pandemic on admissions to general hospital psychiatric wards in Italy: Reduced psychiatric hospitalizations and increased suicidality. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 110, pp. 1-8. 10.1016/j.pnpbp.2021.110304.

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

Bregar, B., Peterka Novak, J. & Možgan, B., 2011. Doživljanje stresa pri zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije. *Obzornik zdravstvene nege*, 45(4), pp. 253-262.

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

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

Bulgari, V., Ferrari, C., Pagini, F., Girolamo, G. & Lozzino, L., 2018. Aggression in mental health residential facilities: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behaviour*, 41, pp. 119-127.

Cameron, J., Thurlin, M., Zoe Hilton, N., Ball, L.C., Marshall, L & Kolla, N.J., 2022. Privacy and safety: Issues of dual compliance in high-secure and other forensic

psychiatric hospitals. *International Journal of Law and Psychiatry*, 82, pp. 1-10. 10.1016/j.ijlp.2022.101780.

Campos, M.S., Oliveira, B.A. & Perroca, M.G., 2018. Workload of nurses: observational study of indirect care activities/interventions. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 71(2), pp. 297-305. 10.1590/0034-7167-2016-0561.

Caqueo-Urizar, A., Fond, G., Urzua, A., Boyer, L. & R. Williams, D., 2016. Violent behaviour and aggression in schizophrenia: Prevalence and risk factors. A multicentric study from three Latin-America countries. *Schizophrenia Research*, 178, pp. 23-28. 10.1016/j.schres.2016.09.005.

Caruso, R., Antenora, F., Riba, M., Belvederi Murri, M., Biancosino, B., Zerbinati, L. & Grassi, L., 2021. Aggressive behaviour and psychiatric inpatients: a narrative review of the literature with a focus on the european experience. *Current Psychiatry Reports*, 23(29), pp. 1-12.

Cerar, V. & Bregar, B., 2020. Ocena odnosa medicinskih sester do pacienta v forenzični psihiatriji: opisna neeksperimentalna kvantitativna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 54(2), pp. 122-132. 10.14528/snr.2020.54.2.2973.

Chu, J., Zheng, K. & Yi, J., 2022. Aggression in borderline personality disorder: A systematic review of neuroimaging studies. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 113, pp. 1-15. 10.1016/j.pnpbp.2021.110472.

Clemente-Suarez, V.J., Martinez-Gonzalez, M.M., Benitez-Agudelo, J.C., Navarro-Jimenez, E., Beltran-Velasco, A.I., Ruisoto, P., Arroyo, E.D., Laborde-Cardenas, C.C. & Tornero-Aguilera, J.F., 2021. The impact of the COVID-19 pandemic on mental disorders. A critical Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021(18), pp. 1-25. 10.3390/ijerph181910041.

Cornaggia, C.M., Beghi, M., Pavone, F. & Barale, F., 2011. Aggression in psychiatric

wards: a systematic review. *Psychiatry Research*, 189, pp. 10-20. 10.1016/j.psychres.2010.12.024.

Cowman, S., Bjorkdahl, A., Clarke, E., Gethin, G., Maguire, J. & European Violence in Psychiatry Research Group, 2017. A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries. *BMC Health Services Research*, 17(59), pp. 1-10. 10.1186/s12913-017-1988-7.

Cruz, S., Carvalho, A.L. & Sousa, P., 2014. Clinical supervision: priority strategy to a better health. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 112, pp. 97-101. 10.1016/j.sbspro.2014.01.1143.

Dack, C., Ross, J., Papadopoulos, C., Stewart, D. & Bowers, L.A., 2013. A review and meta-analysis of the patient factors associated with psychiatric in-patient aggression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, pp. 255-268. 10.1111/acps.12053

Das, S., Sengupta, S., Pathak, K., Sah, D., Mehta, S., Ranjan Avinash, P., Baruh, A., Kumar Deuri, S., Sarmah, A., Gogoi, V., Narayan, K. & Hazarika, J., 2018. Aggression as an independent entity even in psychosis – The role of cortisol. *Psychiatry Research* 259, pp. 405-411. 10.1016/j.psychres.2017.11.002.

Denson, T.F., O'Dean, S.M., Blake, K.R. & Beames, J.R., 2018. Aggression in women: behavior, brain and hormones. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12(81), pp. 1-20.

D'Ettorre, G. & Pellicani, V., 2017. Workplace violence toward mental healthcare workers employed in psychiatric wards. *Safety and Health at Work*, 8, pp. 337-342.

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

Dickens, G.L., O'shea, L.E. & Christensen, M., 2020. Structured assessments for imminent aggression in mental health and correctional settings: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 104, pp. 1-16.

Dobnik, M., Maletič, M. & Skela Savič, B., 2018. Work-related stress factors in nurses at Slovenian hospitals – A cross-sectional study. *Slovenian Journal of Public Health*, 57(4), pp. 192-200. 10.2478/sjph-2018-0024.

Dongen, J.D.M., Buck, N.M.L. & Marle, H.J.C., 2016. Positive symptoms, substance use, and psychopathic traits as predictors of aggression in persons with a schizophrenia disorder. *Psychiatry Research*, 237, pp. 109-113. 10.1016/j.psychres.2016.01.068.

Edward, K.L., Ousey, K., Warelow, P. & Lui, S., 2014. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(12), pp. 653-659. 10.12968/bjon.2014.23.12.653.

Font Pujol, J., Gras, M.E., Calvo-Perxas, L. & Vilalta-Franch, J., 2020. Scale for the evaluation of risk of aggressiveness in psychiatric intensive care units. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 48(1), pp. 8-18.

Fontesse, S., Rimez, X. & Maurage, P., 2021. Stigmatization and dehumanization perceptions towards psychiatric patients among nurses: a path-analysis approach. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35, pp. 153-161. 10.1016/j.apnu.2020.12.005.

Gabrovec, B., 2014. *Organizacijski model zagotavljanja varnosti in kakovosti pri obravnavi psihiatričnega bolnika z vidika različnih deležnikov: doktorska disertacija*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Gabrovec, B., 2022. Vrste groženj zaposlenim v zdravstveni negi na področju psihiatrije. *Revija za zdravstvene vede*, 3(2), pp. 37-49.

Giarelli, E., Nocera, R., Jobes, M., Boylan, C., Lopez, J. & Knerr, J., 2018. Exploration

of aggression/violence among adult patients admitted for short-term, acute-care mental health services. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32, pp. 215-223. 10.1016/j.apnu.2017.11.004.

Gildberg, F.A., Fallesen, J.P., Vogn, D., Baker, J. & Fluttert, F., 2021. Conflict management: A qualitative study of mental health staff's perceptions of factors that may influence conflicts with forensic mental health inpatients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30, pp. 499-507. 10.1016/j.apnu.2016.05.005.

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. 10.3233/WOR-141890.

Girasek, H., Adel Nagy, V., Fekete, S., Ungvari, G.S. & Gazdag, G., 2022. Prevalence and correlates of aggressive behavior in psychiatric inpatient populations. *World Journal of Psychiatry*, 12(1), pp. 1-23. 10.5498/wjp.v12.i1.1.

Groot, K.D., Triemstra, M., Paans, W. & Francke, A.L., 2018. Quality criteria, instruments, and requirements for nursing documentation: A systematic review of systematic reviews. *Journal of Advanced Nursing*, 75(7), pp. 1379-1393.

Halle, C., Tzani-Pepelasi, C., Roumpini Pylarinou, N. & Fumagalli, A., 2020. The link between mental health, crime and violence. *New Ideas in Psychology*, 58, pp. 1-8. 10.1016/j.newideapsych.2020.100779.

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

Hao, F., Tan, W., Jiang, L., Zhang, L., Zhao, X., Zou, Y., Hu, Y., Luo, X., Jiang, X., McIntyre, R.S., Tran, B., Sun, J., Zhang, Z., Ho, R., Ho, C. & Tam, W., 2020. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic

and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. *Brain, Behaviour and Immunity*, 87, pp. 100-106. 10.1016/j.bbi.2020.04.069.

Hartvig, P., Roaldset, J.O., Moger, T.A., Østberg, B. & Bjørkly, S., 2011. The first step in the validation of a new screen for violence risk in acute psychiatry: The inpatient context. *European Psychiatry*, 26, pp. 92-99.

Hassankhani, H., Parizad, N., Gacki-Smith, J., Rahmani, A. & Mohammadi, E., 2018. The consequences of violence against nurses working in the emergency department: a qualitative study. *International Emergency Nursing*, 39, pp. 20-25.

Hills, D.J., 2018. Defining and classifying aggression and violence in health care work. *Collegian*, 25, pp. 607-612. 10.1016/j.colegn.2018.08.002.

Hvidhjelm, J., Sestoft, D., Skovgaard, L.T. & Bjorner, J.B., 2014. Sensitivity and specificity of the Brøset Violence Checklist as predictor of violence in forensic psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*, 68(8), pp. 536-542. 10.3109/08039488.2014.880942.

Hvidhjelm, J., Sestoft, D., Skovgaard, L.T., Rasmussen, K., Almvik, R. & Bue Bjorner, J., 2016. Aggression in psychiatric wards: effect of the use of a structured risk assessment. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(12), pp. 960-967. 10.1080/01612840.2016.1241842.

Iversen, V.C., Aasen, O.H.F., Cüneyt Güzey, I. & Helvik, A.S., 2016. Incidence of violent behavior among patients in Psychiatric Intensive Care Units. *The European Journal of Psychiatry*, 30(1), pp. 67-78.

Janzen, S., Arnetz, J., Radcliffe, S., Fitzpatrick, L., Eden, J. & Wright, M.C., 2021. Preventing patient violence in hospitals: Applying critical decision method interviews to understand how skilled staff think and act differently. *Applied Nursing Research*, 63(2022), pp. 1-9. 10.1016/j.apnr.2021.151544.

Johnsen, G.E., Morken, T., Baste, V., Rypdal, K., Palmstierna, T. & Johansen, I.H., 2020. Characteristics of aggressive incidents in emergency primary health care described by the Staff Observation Aggression Scale – Revised Emergency (SOAS-RE). *BMC Health Services Research*, 20(33), pp. 1-8. 10.1186/s12913-019-4856-9.

Kerr, K., Oram, J., Tinson, H. & Shum, D., 2017. Health care workers experiences of aggression. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31, pp. 457-462. 10.1016/j.apnu.2017.06.011.

Khait, A.A., Hamaideh, S.H., Aldalaykeh, M., Alhamdan, A. & Lazenby, M., 2022. Psychiatric nurses' experiences and the emotional and psychological sequelae after being psychologically or physically assaulted in psychiatric units: A phenomenological study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 40, pp. 115-123. 10.1016/j.apnu.2022.06.005.

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

Knežević, V., Mitrović, D., Drezgic-Vukić, S., Knezević, J., Ivezić, A., Siladji-Mladenović, D. & Golubović, B., 2015. Prevalence and correlates of aggression and hostility in hospitalized schizophrenic patients. *Journal of Interpersonal Violence*, pp. 1-13.

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014. [pdf] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/12/Kodeks-etike-v-zdravstveni-negi-in-oskrbi-Slovenije.pdf> [Accessed 30 April 2022].

Konttila, J., Personen, H.M. & Kyngäs, H., 2018. Violence committed against nursing staff by patients in psychiatric outpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), pp. 1592-1605. 10.1111/inm.12478.

Kordeš, U. & Smrdu, M., 2015. *Osnove kvalitativnega raziskovanja*. Založba Univerze na Primorskem.

Kuivalainen, S., Vehviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O., Putkonen, A., Repo-Tiihonen, E. & Tiihonen, J., 2017. Seasonal variation of hospital violence, seclusion and restraint in a forensic psychiatric hospital. *International Journal of Law and Psychiatry*, 52, pp. 1-6. 10.1016/j.ijlp.2017.05.004.

Kumari, A., Kaur, T., Ranjan, P., Chopra, S. & Baitha, U., 2020. Workplace violence against doctors: Characteristics, risk factors, and mitigation strategies. *Journal of Postgraduate Medicine*, 66(3), pp. 149-154. 10.4103/jpgm.JPGM_96_20.

Kvas, A. & Seljak, J., 2014. Unreported workplace violence in nursing. *Nursing Work Life Research*, 61(3), pp. 344-351. 10.1111/inr.12106

Lamothe, J. & Guay, S., 2017. Workplace violence and the meaning of work in healthcare workers: a phenomenological study. *Work*, 56(2), pp. 185-197. 10.3233/WOR-172486.

Lanctôt, N. & Guay, S., 2014. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: a systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behaviour*, 19, pp. 492-501. 10.1016/j.avb.2014.07.010.

Langsrud, K., Kallestad, H., Vaaler, A., Almvik, R., Palmstierna, T. & Morken, G., 2018. Sleep at night and association to aggressive behaviour; patients in a psychiatric intensive care unit. *Psychiatry research*, 263, pp. 275-279. 10.1016/j.psychres.2018.03.012.

Langsrud, K., Vaaler, A., Morken, G., Kallestad, H., Almvik, R., Palmstierna, T. & Güzey, I. C., 2019. The predictive properties of violence risk instruments may increase by adding items assessing sleep. *Frontiers in Psychiatry*, 10(323), pp. 1-5. 10.3389/fpsy.2019.00323.

Lapanja, A., 2012. Uporabnost ocenjevalnih lestvic za agresivno vedenje. In: B. Bregar

& J. Peterka Novak, eds. *Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi: zbornik predavanj z recenzijo*. Ljubljana, 11. april 2012. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana in Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 33-38.

Lazo-Gonzalez, L., Bronchain, J. & Chabrol, H., 2021. Psychopathic and borderline traits in a college sample: personality profiles and relations to self-directed and other-directed aggression. *Personality and Individual Differences*, 168, pp. 1-5. 10.1016/j.paid.2020.110390.

Leeuwen, M.E. & Harte, J.M., 2015. Violence against mental health care professionals: prevalence, nature and consequences. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 28(5), pp. 581-598. 10.1080/14789949.2015.1012533.

Li, L., Zhang, Q., Yang, H. & Undergraduate, S.L., 2022. Incidence and related influencing factors of workplace violence among psychiatric nurses in China: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 40, pp. 68-76. 10.1016/j.apnu.2022.04.005.

Li, W., Yang, Y., Hong, L., An, F.R., Ungvari, G.S., Ng, C.H. & Xiang, Y.T., 2020. Prevalence of aggression in patients with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Asian Journal of Psychiatry*, 47, pp. 1-7. 10.1016/j.ajp.2019.101846.

Li, Y.U., Li, R.Q. & Xiao, S.Y., 2020. Prevalence of workplace physical violence against health care professionals by patients and visitors: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(1), pp. 1-19. 10.3390/ijerph17010299.

Lickiewicz, J., Nag, T., Ravnanger, C., Jagielski, P. & Makara-Studzinska, M., 2019. The perception of aggression towards the medical personnel of psychiatric wards in Poland

and in Norway – a comparative analysis. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3, pp. 61-70.

Linaker, OM., Busch-Iversen, H., 1995. Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92(4), pp. 250-254.

Lior-Esteban, B., Sanchez-Munoz, M., Ruiz-Hernandez, J.A. & Jimenez-Barbero, J.A., 2017. User violence towards nursing professionals in mental health services and emergency units. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 9, pp. 33-40. 10.1016/j.ejpal.2016.06.002.

Lipovec, A. & Filej, B., 2019. Pogostost uporabe orodij za preprečevanje nasilnega vedenja pri pacientih z duševno motnjo. *Revija za zdravstvene vede*, 6(2), pp. 37-51.

Lipovec, A., 2015. Pacienti, ki so v procesu zdravstvene obravnave težavni. In: D. loncnar, ed. *Svetovalne in motivacijske tehnike za delo s pacienti, ki so v zdravstveni obravnavi težavni III, Dolenjske Toplice, 12. in 13. februar 2015*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije in Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 29-30.

Liu, Q. & Cole, D.A., 2021. Aggressive outbursts among adults with major depressive disorder: results from the Collaborative Psychiatric Epidemiological Surveys. *Journal of Psychiatric Research*, 135, pp. 325-331. 10.1016/j.jpsychires.2021.01.040.

Liu, J., Gan, Y., Heng, J., Li, L., Dwyer, R., Lu, K., Yan, S., Sampson, O., Xu, H., Wang, C., Zhu, Y., Chang, Y., Yang, Y., Yang, T., Chen, Y., Song, F. & Lu, Z., 2019a. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 76, pp. 927-937. 10.1136/oemed-2019-105849.

Liu, J., Zheng, J., Liu, K., Liu, X., Wu, Y., Wang, J. & You, L., 2019b. Workplace

violence against nurses, job satisfaction, burnout and patient safety in Chinese hospitals. *Nursing Outlook*, 67, pp. 558-566.

Lockertsen, Ø., Varvin, S., Færden, A. & Vatnar, S.K.B., 2021. Short-term risk assessments in an acute psychiatric inpatient setting: A re-examination of the Brøset Violence Checklist using repeated measurements – Differentiating violence characteristics and gender. *Archives of Psychiatric Nursing*, 35, pp. 17-26. 10.1016/j.apnu.2020.11.003.

Lockertsen, Ø., Varvin, S., Færden, A., Sundsbø Eriksen, B.M., Roaldset, J.O., Procter, N.G. & Bø Vatnar, S.K., 2019. Risk assessment of imminent violence in acute psychiatry: a step towards an extended model. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 31(1), pp. 41-63. 10.1080/14789949.2019.1663898.

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

Lu, L., Dong, M., Wang, S.B., Zhang, L., Ng, C.H., Ungvari, G.S., Li, J. & Xiang, Y. T., 2020. Prevalence of workplace violence against healthcare professionals in China: a comprehensive meta-analysis of observational surveys. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(3), pp. 498-509. 10.1177/1524838018774429.

Madathumkovilakath, N.B., Kizhakkeppattu, S., Thekekunnath, S. & Kazhungil, F., 2018. Coping strategies of caregivers towards aggressive behaviours of persons with severe mental illness. *Asian Journal of Psychiatry*, 35, pp. 29-33.

Magnavita, N., Heponemi, T. & Chirico, F., 2020. Workplace violence is associated with impaired work functioning in nurses: an Italian cross-sectional study. *Journal of Nursing Scholarship*, 0:0, pp. 1-11. 10.1111/jnu.12549.

Maneeton, N., Maneeton, B., Jaiyen, N., Woottitluk, P. & Khemawichanurat, W., 2019.

Prevalence of aggressive or violent behaviour in Thai patients with schizophrenia: a cross-sectional study. *East Asian Psychiatry*, 29, pp. 87-90. 10.12809/eaap1775.

Mauri, M.S., Cirnigliaro, G., Di Pace, C., Paletta, S., Reggiori, A., Altamura, C.A. & Dell'Osso, B., 2019. Aggressiveness and violence in psychiatric patients: a clinical or social paradigm? *CNS Spectrums*, pp. 1-10. 10.1016/j.jad.2021.09.071.

Megias, A., Gomez-Leal, R., Gutierrez-Cobo, M. J, Cabeloo, R. & Fernandez-Berrocal, P., 2018. The relationship between aggression and ability emotional intelligence: The role of negative affect. *Psychiatry Research*, 270, pp. 1074-1081. 10.1016/j.psychres.2018.05.027.

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

Mistler, L.A. & Friedman, M.J., 2021. Instruments for measuring violence on acute inpatient psychiatric units: review and recommendations. *Psychiatric Services*, 73(6), pp. 650-657. 10.1176/appi.ps.202000297.

Morag, I. & Zimmerman, A.L., 2021. Evaluating teamwork among medical staff: How to measure and compare aspects of the team mental models of doctors and nurses. *Applied Ergonomics*, 94, pp. 1-11. 10.1016/j.apergo.2021.103418.

Moursel, G., Cetinkaya Duman, Z. & Almvik, R., 2018. Assessing the risk of violence in a psychiatric clinic: the Brøset Violence Checklist (BVC) Turkish version – validity and reliability study. *Perspectives in psychiatric care*, 55(2), pp. 1-8. 10.1111/ppc.12338.

Niu, S.F., Kuo, S.F., Tsai, H.T., Kao, C.C., Traynor, V. & Chou, K.R., 2019. Prevalence of workplace violent episodes experienced by nurses in acute psychiatric settings. *PLoS One*, 14(1), pp.1-13. 10.1371/journal.pone.0211183.

Novais, F., Gananca, L., Barbosa, M. & Telles-Correia, D., 2022. Communication skills

in psychiatry for undergraduate students: a scoping review. *Frontiers Psychiatry*, 13, pp. 1-9. 10.3389/fpsy.2022.972703.

Olashore, A.A., Akanni, O.O. & Ogundipe, R.M., 2018. Physical violence against health staff by mentally ill patients at a psychiatric hospital in Botswana. *BMC Health Services Research*, 18(362), pp. 1-7. 10.1186/s12913-018-3187-6.

Owen, P., Baker, J., Bee, P. & Lovell, K., 2018. The support-control continuum: An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *International Journal of Nursing Studies*, 77, pp. 197-206. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.002.

Paavola, P. & Tiihonen, J., 2010. Seasonal variation of seclusion incidents from violent and suicidal acts in forensic psychiatric patients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33, pp. 27-34. 10.1016/j.ijlp.2009.10.006.

Pan, Y.Z., Xie, X.M., Tang, Y.L., Ng, C.H., Wang, G. & Xiang, Y.T., 2022. A comparison of aggression between patients with acute schizophrenia and mania presenting to psychiatric emergency services. *Journal of Affective Disorders*, 296, pp. 493-497. 10.1016/j.jad.2021.09.071.

Papadopoulos, C., Ross, J., Stewart, D., Dack, C., James, K. & Bowers, L., 2012. The antecedents of violence and aggression within psychiatric in-patient settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125, pp. 425-439. 10.1111/j.1600-0447.2012.01827.x.

Partridge, B. & Affleck, J., 2018. Predicting aggressive patient behaviour in a hospital emergency department: an empirical study of security officers using the Brøset Violence Checklist. *Australasian Emergency Care*, 21, pp. 31-35.

Payne-Gill, J., Whitfield, C. & Beck, A., 2021. The impact of the UK's first COVID-19 lockdown on rates of violence and aggression on psychiatric inpatient wards. *medRxiv*,

2021, pp. 1-10. 10.1101/2021.03.10.21253244.

Pekurinen, V., Willman, L., Virtanen, M., Kivimaki, M., Vahtera, J. & Valimaki, M., 2017. Patient aggression and the wellbeing of nurses: a cross-sectional survey study in psychiatric and non-psychiatric settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(1245), pp. 1-14. 10.3390/ijerph14101245.

Pelto-Piri, V., Warg, L.E. & Kjellin, L., 2020. Violence and aggression in psychiatric inpatient care in Sweden: a critical incident technique analysis of staff descriptions. *BMC Health Services Research*, 20(362), pp. 1-11. 10.1186/s12913-020-05239-w.

Peluola, A., Mela, M. & Adelugba, O., 2013. A review of violent incidents in a multilevel secure forensic psychiatric hospital: is there a seasonal variation? *Medicine, Science and the Law*, 53(2), pp. 1-8. 10.1258/msl.2012.012016.

Peterka Novak, J., 2014. *Optimiziranje organizacije zdravstvene nege v psihiatričnih zavodih: doktorska disertacija*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za upravo.

Peterka Novak, J., Bregar, B. & Lapanja, A., 2017. Pomen kontinuiranega izobraževanja iz obravnave pacienta z nasilnim vedenjem v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana. In: S. Majcen Dvoršak, T. Štemberger Kolnik & A. Kvas, eds. *Medicinske sestre in babice – ključne za zdravstveni sistem: Zbornik. 11. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Brdo pri Kranju 27.–29. 11. 2017*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 291-300. Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/08/ZBORNIK-11.-KONGRESA-ZBORNICE-ZVEZE.pdf> [Accessed 2 October 2022].

Postma, A., Bekmann, S., Havenaar, J.M. & Braam, A.W., 2019. Trashing property: Characteristics of psychiatric patients who engage in domestic property damage. *Community Mental Health Journal*, 55, pp. 1194-1201. doi.org/10.1007/s10597-019-

00429-1.

Price, O., Baker, J., Bee, P. & Lovell, K., 2018. The support-control continuum: An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *International Journal of Nursing Studies*, 77, pp. 197-206. 10.1016/j.ijnurstu.2017.10.002.

Ramesh, T., Igoumenou, A., Vazquez Montes, M. & Fazel, S., 2018. Use of risk assessment instruments to predict violence in forensic psychiatric hospitals: a systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*, 52, pp. 47-53. 10.1016/j.eurpsy.2018.02.007.

Rant, B. & Bregar, B., 2014. Razumevanje odnosa reševalcev do pacientov, ki so samomorilno ogroženi. *Obzornik zdravstvene nege*, 48(3), pp. 177-194. 0.14528/snr.2014.48.3.24.

Refaat, N., Fahmy, M., El-Leithy, W., Hassan, H. & Abd El-Moez, K., 2015. Frequency, severity and types of aggressive behavior among patients with schizophrenia at psychiatry outpatients clinic in comparison to normal controls. *The Arab Journal of Psychiatry*, 26(2), pp. 164-171. 10.12816/0014483.

Rogerson, M., Haines-Delmont, A., McCabe, R., Brown, A. & Whittington, R., 2021. The relationship between inpatient mental health ward design and aggression. *Journal of Environmental Psychology*, 77, pp. 1-7. 10.1016/j.jenvp.2021.101670.

Sarver, W.L., Radziewicz, R., Coyne, G., Colon, K. & Mantz, L., 2019. Implementation of the Brøset violence checklist on an acute psychiatric unit. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 25(6), pp. 476-486. 10.1177/1078390318820668.

Schablon, A., Wendeler, D., Kozak, A., Nienhaus, A. & Steinke, S., 2018. Prevalence and consequences of aggression and violence towards nursing and care staff in Germany-

A survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), pp. 1-18. 10.3390/ijerph15061274.

Schnelli, A., Karrer, M., Mayer, H. & Zeller, A., 2020. Aggressive behaviour of persons with dementia towards professional caregivers in the home care setting-A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*, 2020(00), pp. 1-18. 10.1111/jocn.15363.

Shafran-Tikva, S., Chinitz, D., Stern, Z. & Feder-Bubis, P., 2017. Violence against physicians and nurses in a hospital: How does it happen? A mixed methods study. *Israel Journal of Health Policy Research*, 6(59), pp. 1-12. 10.1186/s13584-017-0183-y.

Simpson, S.A., Pidgeon, M. & Nordstrom, K., 2017. Using the behavioural activity rating scale as a vital sign in the psychiatric emergency service. *Colorado Journal of Psychiatry & Psychology*, 2(2), pp. 61-66. 10.25677/10968/4333.

Snowdon, A.D., Leggat, G.S. & Taylor, F.N., 2017. Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness of care and patient experience? A systematic review. *BMC Health Services Research*, 17(786), pp. 1-12. 10.1186/s12913-017-2739-5.

Somani, R., Muntaner, C., Hillan, E., Velonis, A.J. & Smith, P., 2021. A systematic review: effectiveness of interventions to de-escalate workplace violence against nurses in healthcare settings. *Safety and Health at Work*, 12, pp. 289-295. 10.1016/j.shaw.2021.04.004.

Staggs, V.S., 2012. Nurse staffing, RN mix, and assault rates on psychiatric units. *Research in Nursing & Health*, 36(1), pp. 26-37. 10.1002/nur.21511.

Stevenson, K.N., Jack, S.M., O'mara, L. & LeGris, J., 2015. Registered nurses's experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. *BMC Nursing*, 14(35), pp. 1-13. 10.1186/s12912-015-0079-5.

Swiger, P.A., Vance, D.E. & Patrician, P.A., 2016. Nursing workload in the acute-care setting: A concept analysis of nursing workload. *Nursing Outlook*, 64(3), pp. 244-254. 10.1016/j.outlook.2016.01.003.

Švab, V. & Švab, I., 2013. Barriers and errors in the implementation of community psychiatry in Slovenia. *Mental Health in Family Medicine*, 10, pp. 23-28.

The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2015. *Violence and Aggression: Short-term management in mental health, health and community settings*. [pdf] National Institute for Health and Care Excellence. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK305020/pdf/Bookshelf_NBK305020.pdf [Accessed 17 November 2022].

Thompson, C. & Chanda, N., 2016. Mental health clinical simulation: therapeutic communication. *Clinical Simulation in Nursing*, 12(6), pp. 209-214. doi.org/10.1016/j.ecns.2016.02.007.

Ulrich, R.S., Bogren, L., Gardiner, S.K. & Lundin, S., 2018. Psychiatric ward design can reduce aggressive behavior. *Journal of Environmental Psychology*, 57, pp. 53-66. 10.1016/j.jenvp.2018.05.002.

Van de Sande, R., Nijman, H.L.I., Noorthoorn, A.I., Hellendoorn, E., Van der Staak, C. & Mulder, C.L., 2011. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), pp. 473-478. 10.1192/bjp.bp.111.095141.

Varghese, A., Khakha, D.C. & Chadda, R.K., 2015. Pattern and type of aggressive behavior in patients with severe mental illness as perceived by the caregivers and the coping strategies used by them in a tertiary care hospital. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), pp. 62-29. 10.1016/j.apnu.2015.10.002.

Veldwijk-Rouwenhorst, A., Zuidema, S.U., Smalbrugge, M., Bor, H., Wetzels, R.,

Gerritsen, D.L. & Koopmans, R.T.C.M., 2021. Very frequent physical aggression and vocalizations in nursing home residents with dementia. *Aging & Mental Health*, 25(8), pp. 1442-1451. 10.1080/13607863.2020.1786799.

Vrhovac, S. & Ronchi, K., 2020. Stigmatizacija bolnikov z duševno motnjo. *Rehabilitacija*, 19(2), pp. 47-51.

Weltens, I., Bak, M., Verhagen, S., Vandenberk, E., Domen, P., Amelsvoort, T. & Drukker, M., 2021. Aggression on the psychiatric wards: Prevalence and risk factors. A systematic review of literature. *PLoS One*, 16(10), pp. 1-34. 10.1371/journal.pone.025834612.

Witt, K., Dorn, R. & Fazel, S., 2013. Risk factors for violence in psychosis: Systematic review and meta-regression analysis of 100 studies. *PloS One*, 8(2), pp. 1-15. 10.1371/journal.pone.0055942.

World Health Organization, 2002. *World report on violence and health: summary*. [pdf] World Health Organization. Available at: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf [Accessed 16 February 2022].

Wu, Y., Sun, X., Yan, B., Zhao, S., Liu, J., Cui, L., Guo, Y., Li, J. & Li., K., 2015. Validity and reliability of the Chinese-Version of the Brøset Violence Checklist. *Chinese Mental Health Journal*, 12, pp. 446-451.

Xiang Yang, B., Stone, E.T., Petrini, A.M. & Morris, L.D., 2018. Incidence, type, related factors, and effect of workplace violence on mental health nurses: A cross-sectional survey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), pp. 31-88. 10.1016/j.apnu.2017.09.013.

Yang, Y., Li, Y., An, Y., Zhao, Y.J., Zhang, L., Cheung, T., Hall, B.J., Ungvari, G.S., An, F.R. & Xiang, Y.T., 2021. Workplace violence against Chinese frontline clinicians during the COVID-19 pandemic and its associations with demographic and clinical

characteristics and quality of life: a structural equation modeling investigation. *Frontiers in Psychiatry*, 12, pp. 1-8. 10.3389/fpsyt.2021.649989.

Yao, X., Li, Z., Arthur, D., HU, L., AN, F-R. & Cheng, G., 2014. Acceptability and psychometric properties of Brøset Violence Checklist in psychiatric care settings in China. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(9), pp. 848-855. 10.1111/jpm.12132.

Yap, C.Y.L., Daniel, C., Knott, J.C., Myers, E. & Gerdtz, M., 2023. Causes and management of aggression and violence: A survey of emergency department nurses and attendees. *International Emergency Nursing*, 69, pp. 1-6. 10.1016/j.ienj.2023.101292.

Yesilbas, H. & Baykal, U., 2021. Causes of workplace violence against nurses from patients and their relatives: A qualitative study. *Applied Nursing Research*, 62, pp. 1-8. 10.1016/j.apnr.2021.151490.

Yudofsky, S.C., Silver, J.M., Jackson, W., Endicott, J. & Williams, D., 1986. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143(1), pp. 35-39.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2021. *Kadrovski standardi in normativi v zdravstveni in babiški negi*. [pdf] Zbornica zdravstvene in babiške nege. Available at: https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2021/07/Z_Z_Kadrovski-standardi_2021_splet.pdf [Accessed 14 June 2023].

Zerach, G. & Ben-Itzhak Shalev, T., 2015. The relations between violence exposure, posttraumatic stress, symptoms, secondary traumatization, vicarious post traumatic growth and illness attribution among psychiatric nurses. *Archives of Psychaitric Nursing*, 29, pp. 135-142. 10.1016/j.apnu.2015.01.002.

Zhou, J.S., Zhong, B.L., Xiang, Y.T., Chen, Q., Cao, X.L., Correll, C.U., Ungvari, G.S.,

Chiu, H.F., Lai, K.Y. & Wang, X.P., 2015. Prevalence of aggression in hospitalized patients with schizophrenia in China: A meta-analysis. *Asia-Pacific Psychiatry*, 8(1), pp. 60-69. 10.1111/appy.12209.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT



UNIVERZITETNA PSIHIATRIČNA
KLINIKA LJUBLJANA
University Psychiatric Clinic Ljubljana

LESTVICA OAS / BVC ZA OCENO TVEGANJA ZA AGRESIVNO VEDENJE

PODATKI O PACIENTU/-KI:

Spol: M Ž

Enota: _____

Oddelek: _____

Datum ocenjevanja: _____

Čas začetka agr. vedenja: _____

Trajanje agr. vedenja: _____ minut

Nalepka / podatki o pacientu

OAS / Agresivno vedenje (označite vse, kar ustreza)

BESEDNA AGRESIJA

- Je hrupen, jezno vpije
- Kriči blage osebne žaljivke (npr. „Neumen si!“)
- Grobo preklinja, jezno uporablja kletvice, srednje močno grozi drugim ali sebi
- Nedvoumno grozi z agresijo do drugih ali do sebe („Ubil te bom!“) ali prosi za pomoč pri samoobvladovanju

AGRESIVNO VEDENJE DO PREDMETOV

- Loputa z vrati, razmetava obleko, dela nered
- Meče predmete na tla, brca pohištvo, ne da bi ga polomil, maže zid
- Uničuje predmete, razbija okna
- Zaneti ogenj, nevarno meče predmete

AVTOAGRESIVNO VEDENJE

- Si puli ali praska kožo, se udarja, si puli lase (brez ali z blago poškodbo)
- Udarja z glavo, udarja s pestmi v predmete, meče se na tla ali v predmete (se rani, a poškodba ni huda)
- Manjše ureznine ali modrice, blažje opekline
- Se poškoduje z globokimi urezninami, krvavečimi ugrizi, notranjimi poškodbami, zlomi, izgubo zavesti, izgubo zob, ipd.

HETEROAGRESIVNO VEDENJE

- Dela grozeče kretnje, zamahuje proti ljudem, grabi za obleko
- Udarja, brca, poriva, puli lase (brez poškodbe)
- Napada druge in povzroča blage do zmerno telesne poškodbe (udarnine, zvine, podplutbe)
- Napada druge in povzroča hude telesne poškodbe (zlom kosti, globoke rane, notranje poškodbe)

BVC / Opazovano agresivno vedenje (označite vse, kar ustreza)

- zmedenost, nemir
- napetost, razdražljivost, konfliktnost
- glasnost, zahtevnost
- verbalne grožnje
- fizične grožnje
- nasilnost do predmetov

Število točk BVC: (malo verjetno) 1 2 3 4 5 6 (zelo verjetno) >>>

agresivno vedenje do ljudi >>>> BVC = 7 (izpolni se poročilo o incidentu)

Izvedene intervencije (označite vse, kar ustreza)

- Brez
- Pogovor s pacientom
- Bolj pozorno opazovanje pacienta
- Držanje pacienta
- Aplikacija terapije p. o.
- Aplikacija terapije i. m.
- Izolacija brez osamitve ('time out')
- Diskretni nadzor pacienta
- Telesno oviranje s pasovi
- Poškodba terja takojšnje zdravljenje pacienta
- Poškodba terja takojšnje zdravljenje druge osebe
- Drugo: _____

Ocenjevalec: _____
ime in priimek, funkcija (ZT, dipl. m. s., zdravnik, idr.)

_____ podpis