

Pogostost uporabe orodij za preprečevanje nasilnega vedenja pri pacientih z duševno motnjo

Prejeto: 15. 8. 2019 / Sprejeto 19. 11. 2019

Znanstveni članek

UDK 614.2:616.89:343.6

KLJUČNE BESEDE: izvajalci zdravstvene nege, nasilje, deeskalacija, ocenjevalna lestvica BVC

POVZETEK - Nasilje je vse pogostejše tudi v zdravstvu. Zaradi narave dela s pacienti predstavljajo izvajalci zdravstvene nege eno najbolj izpostavljenih skupin med zdravstvenimi delavci. Še zlasti pacienti z duševno motnjo so tisti, ki zaradi nekritičnosti do svojega zdravstvenega stanja, izvajajo nasilje, ki je usmerjeno na zaposlene. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšna je uporaba orodij za preprečevanje nasilnega vedenja pri pacientih z duševno motnjo glede na oddelek. Uporabili smo kvantitativno metodo raziskovanja in tehniko anketiranja. Podatke smo zbrali z vprašalnikom, ki smo ga pripravili na osnovi preučevanja znanstvene in strokovne literature. V raziskavo smo vključili 250 izvajalcev zdravstvene nege. Z analizo 142 vprašalnikov (56,8-odstotna realizacija vzorca) smo ugotovili, da izvajalci zdravstvene nege uporabljajo deeskalacijske tehnike komunikacije enako pogosto, ne glede na oddelek ($t = 0,929$, $p = 0,354$), ter ocenjevalno lestvico nasilnega vedenja BVC statistično značilno pogosteje na oddelku pod posebnim nadzorom ($t = 4,339$, $p = 0,000$). Ker sta obe orodji najučinkovitejši za preprečevanje nasilnega vedenja pri pacientih z duševno motnjo, je nujno, da ju izvajalci zdravstvene nege dobro poznajo in znajo uporabljati, za kar pa seveda potrebujejo znanje in izkušnje, morajo pa se zavedati tudi svojih lastnih omejitev.

Received 15. 8. 2019 / Accepted 19. 11. 2019

Scientific article

UDC 614.2:616.89:343.6

KEY WORDS: violence, nursing care providers, de-escalation, BVC rating scale

ABSTRACT - Violence in health care is increasing. Due to the nature of working with patients, the professional group of healthcare providers is one of the most exposed groups among healthcare professionals. Patients with a mental disorder are those who most often commit acts of violence, directed at employees, due to their disregard of their medical condition. The research was aimed at determining the use of tools to prevent violent behaviour in patients with a mental disorder in individual wards. We used a quantitative research method and a survey. Data were collected by means of a questionnaire prepared on the basis of a scientific and professional literature review. 250 nursing practitioners were included in the survey. An analysis of 142 questionnaires (56.8% sample realization) revealed that nursing care providers use de-escalation communication techniques equally frequently, regardless of their ward ($t = 0.929$, $p = 0.354$), while the BVC Rating Scale of Violent Behaviour is statistically significantly more frequent in the ward under special supervision ($t = 4.339$, $p = 0.000$). As both tools are most effective in preventing violent behaviour in patients with a mental disorder, it is essential that nursing care providers know them well and know how to use them. While they need knowledge and experience, they must also be aware of their own limitations.

1 Uvod

Svetovna zdravstvena organizacija je definirala nasilje kot namerno uporabo fizične sile ali moči z namenom ustrahovanja ali dejanskega nasilja proti sebi ali drugemu posamezniku oziroma skupnosti, pri čemer obstaja velika verjetnost, da bo povzročila poškodbo, smrt ali hudo psihološko škodo (Violence against health workers, 2009).

Nasilje je verbalni oziroma fizični napad na človeka, žival ali predmete in je v splošnem etimološkem smislu potrebno živalim za preživetje, medtem ko ga ljudje najpogosteje uporabljajo za obvladovanje individualnih konfliktov in s tem povzročijo čustveno ali fizično prizadetost vseh vpletenih (Kores Plesničar, 2010; Yong idr., 2011).

Nasilno vedenje je lahko verbalno in/ali telesno oziroma fizično (Ozim, 2015). Verbalno nasilje je napad na človekovo samopodobo z namenom prizadejati duševno bolečino, katerega cilj je uveljavljanje fizične nadrejenosti ter ponižanje in razvrednotenje žrtve. Značilna je uporaba žaljivk, groženj in poniževalnih pripomb. To obliko nasilja je težje prepoznati, saj ne povzroča vidnih poškodb, kljub temu pa pušča na žrtvi nasilja posledice (Žigon, 2010). Pri fizičnem nasilju se uporablja fizična sila ali grožnje z njo. Ta oblika nasilja je najbolj prepoznavna in najlažje dokazljiva, saj so posledice vidne. Cilj fizičnega nasilja je dokazati svojo moč nad žrtvijo (Keber, 2016).

Dernovšek (2009) meni, da je nasilno vedenje namerno povzročanje bolečine in trpljenja ter povzročanje škode sebi ali drugim, medtem ko je nasilno vedenje pacienta z duševno motnjo vedno urgentna situacija, ki neposredno ogroža vse vpletene, torej pacienta samega, ostale paciente in zaposlene.

Nasilno vedenje se pri pacientih z duševno motnjo pojavlja pogosteje kot v splošni populaciji. Vendar pa velik delež pacientov z duševno motnjo ni nikoli nasilnih ali nevarnih, čeprav se jim to laično pripisuje in jih s tem stigmatizira. Zato je ocena, ali je določeno nasilno vedenje posledica bolezni oziroma duševne motnje, prepuščena oceni psihiatričnega in telesnega stanja posameznika (Swanson idr., 2006).

Institucionalna obravnava pri pacientu z duševno motnjo povzroča psihični stres, v katerem se zrcalijo njegov strah, negotovost, jeza, fizični stres in socialni stres, pri katerem je v ospredju predvsem občutek manjvrednosti in stigma (Železnik in Ivanuša, 2008). Vse to vodi v nezaupljivost, napetost in se lahko stopnjuje v odklanjanje pomoči in nasilno vedenje pacienta (Čuk, 2010).

Nasilno vedenje ni duševna motnja, temveč je del psihopatologije in morebitne duševne motnje in je prisotno povsod, ne samo v psihiatričnih ustanovah (Papadopoulos idr., 2012).

Najbolj rizična skupina pacientov z duševno motnjo, ki so najpogosteje povzročitelji nasilnega vedenja, so moški, stari med 20 in 45 let, samski, z nizko stopnjo izobrazbe, ki prihajajo iz socialno šibkega okolja in imajo v anamnezi zlorabo alkohola ali drugih prepovedanih psihoaktivnih substanc ter predhodne poskuse samomora oziroma nasilno vedenje v preteklosti (Kores Plesničar, 2010).

Ridenour idr. (2015) v svoji raziskavi ugotavljajo, da je incidenca verbalnega in fizičnega nasilja s strani pacientov z duševno motnjo najvišja v večernih urah in v dnevih, ko je na oddelku hospitaliziranih več pacientov z osebnostno motnjo.

Podatki kažejo, da so zaposleni na psihiatričnih oddelkih izpostavljeni povečanemu tveganju za nasilje na delovnem mestu, medtem ko študija Hesketh ugotavlja, da je bilo 20 % medicinskih sester na področju psihiatrije v svoji karieri fizično napadenih, 43 % jih ima izkušnjo z grožnjo fizičnega napada, medtem ko je 55 % medicinskih sester, zaposlenih na področju duševnega zdravja, doživelo verbalno nasilje najmanj

enkrat na teden. V obdobju od leta 2005 do leta 2009 je ameriško ministrstvo za pravosodje poročalo, da imajo zaposleni na področju duševnega zdravja drugo najvišjo povprečno letno stopnjo nasilja na delovnem mestu (Ridenour idr., 2015).

10–16 % medicinskih sester, ki se pri svojem delu dnevno srečujejo s pacienti z duševno motnjo, je bilo po raziskavah v obdobju enega leta žrtev hudega nasilnega vedenja s strani pacientov (Van Leeuwen in Harte, 2011). Oblike nasilja, ki so jim najpogostejše izpostavljene medicinske sestre, so fizično nasilje (Llor - Esteban idr., 2017) in v slovenskem prostoru verbalno nasilje, kar v svoji raziskavi ugotavlja Gabrovec (2016).

National Collaborating Centre for Mental Health UK (NICE, 2015) priporoča, da se kot intervencija prvega izbora pri obvladovanju nasilnega vedenja pri pacientih z duševno motnjo uporabijo deeskalacijske tehnike komunikacije. Poleg tega pa Clarke idr. (2010) priporočajo uvedbo ocenjevalne lestvice Broset (BVC) kot učinkovitega orodja, ki pomaga predvideti potencialno nevarnost za razvoj nasilnega vedenja.

2 Orodja za preprečevanje nasilnega vedenja pri pacientih z duševno motnjo

V zdravstveni negi pacientov z duševno motnjo je odločujoč prvi stik s pacientom in pridobitev njegovega zaupanja. Pri obravnavi pacientov z duševno motnjo stremimo k štirim glavnim ciljem. Ti so: zagotavljanje varnosti pacientov in zaposlenih, pomoč pacientu pri obvladovanju njegovih čustev in stiske, izogibanje uporabi prisile in izogibanje prisilnim intervencijam s poseganjem v avtonomijo pacienta, saj to še dodatno stopnjuje njegovo vznemirjenost. Tradicionalni metodi zdravljenja vznemirjenih in nasilnih pacientov, kot sta uporaba prisilnih sredstev in aplikacija terapije proti volji, se poskušata nadomestiti s prizadevanjem za izgradnjo terapevtskega odnosa, predvsem pa s humanizacijo obravnave pacienta z duševno motnjo (Richmond idr., 2012).

Kurinčič in Saje (2017) deeskalacijske tehnike komunikacije opisujeta kot umiritveno metodo pri obravnavi pacientov z duševno motnjo, ki se vedejo nasilno, Lauge Berring, Pedersen in Buus (2016) pa navajajo, da so deeskalacijske tehnike komunikacije skupni izraz za nabor psihosocialnih intervencij, katerih namen je preusmerjanje pacientove pozornosti in zmanjševanje njegove napetosti.

Deeskalacijske tehnike komunikacije potekajo v štirih korakih po Bowersu (2014): omejitev nasilnega vedenja na način, da zagotovimo varno okolje za vse vpletene (paciente, svojce, zaposlene); zmanjšanje jeze pacienta; razjasnitev nastale situacije; reševanje problema skupaj s pacientom.

Ločimo verbalne in neverbalne deeskalacijske tehnike komunikacije. Verbalna deeskalacija je kompleksen terapevtski proces, v katerem poskušamo z aktivnim poslušanjem in pogovorom umiriti pacienta. Z aktivnim poslušanjem damo pacientu občutek, da je slišan in razumljen, kar močno prispeva k zmanjševanju agitacije in na-

silnega vedenja. Govorimo umirjeno in odločno, izogibamo se vpitju, sarkazmu in humorju. Uporabljamo kratke jedrnatke stavke. Nikoli ne govorimo glasneje od vznemirjenega pacienta. Če pacient vpije, ne govorimo. Tišino uporabimo kot čas za razmislek zase ali za pacienta. Priporočljivo je, da s pacientom govori le ena oseba; če ga hkrati sprašuje več ljudi, ga to lahko dodatno zmede in stopnjuje njegovo vznemirjenost in jezo. Uspešno reševanje konflikta s pogovorom je odvisno od tega, kaj rečemo in kako to povemo. Pacienta predvsem poslušamo, v pogovoru uporabljamo ponavljanje, odsevanje in potrditev. Ves čas ga spodbujamo k pogovoru, da nam pojasni, kaj se je zgodilo. S tem razjasnimo situacijo in mu pomagamo pri iskanju rešitve. Za rešitev mu ponudimo več različnih možnosti, vendar se ne odločamo namesto njega, rešitev izbere pacient sam (Price in Baker, 2012).

Deeskalacijske tehnike komunikacije se lahko naučimo preko delavnic z igranjem vlog, lahko se pa izvaja v vsakodnevnih kontaktih s pacienti, ki so umirjeni, vendar zahtevni v komunikaciji in odnosnem delu, nezaupljivi in nekritični do svojega zdravstvenega stanja, vendar mirni in sodelujoči (Richmond idr., 2012).

Almvik in Woods (1999) sta objavila lestvico BVC, ki temelji na oceni najbolj pogostih vzorcev vedenja, preden se je pri pacientu pojavilo nasilno vedenje. Uporablja se takoj ob sprejemu ali kasneje ob obravnavi pacienta na oddelku. Izpolnjuje jo oseba, ki je del zdravstvenega tima in je poučena o pravilnem izpolnjevanju ocenjevalne lestvice (Abderhalden, 2008).

Izkušnje iz klinične prakse prav tako kažejo, da ima ocenjevalna lestvica nasilnega vedenja BVC dobro 24-urno napovedno vrednost za pojav nasilnega vedenja pri pacientu z duševno motnjo (Abderhalden, 2008). Lestvica je enostavna za uporabo in omogoča poenoteno oceno situacije in s tem lažjo komunikacijo v zvezi s pacientom med osebjem, izmenami in različnimi ustanovami (Clarke idr., 2010).

Ocenjevalna lestvica nasilnega vedenja BVC se izpolnjuje tako, da pacienta ocenimo po opisanem vedenju (zmedenost, nemir; napetost, razdražljivost, konfliktnost; glasnost zahtevnost; verbalne grožnje; fizične grožnje; nasilnost do predmetov). Prisotnost posameznega opisanega vedenja pomeni 1 točko, medtem ko odsotnost posameznega opisanega vedenja pomeni 0 točk. Končna ocena predstavlja vsoto posameznih opazovanih vedenj. Maksimalni seštevek je 6, medtem ko je v primeru nasilnega vedenja, ki je usmerjeno na ljudi, ocena BVC avtomatično 7. Vsota 0 točk pomeni majhno tveganje za nasilno vedenje, od 1 do 2 točki je tveganje za nasilno vedenje povečano in so potrebni preventivni ukrepi, 3 in več točk pa je tveganje za nasilno vedenje zelo visoko, potrebni so preventivni ukrepi in individualni načrt za obvladovanje potencialno nasilnega vedenja (Meeha, De Alwis in Stedman, 2017). Vedno označimo začetek in konec določenega vedenja in oceno vpišemo v pacientovo dokumentacijo. Če je ocena več kot 3, o tem obvestimo zdravnika.

Za uspešno preprečevanje nasilnega vedenja je ključno usposobljeno osebje, ki pravočasno prepozna znake za nasilno vedenje, kot so glasno in pospešeno govorjenje, stisnjene pesti, poblede ali rdeč obraz, neprekinjeno brezciljno gibanje po prostoru, napetost, tremor, pot, prisotnost groze na obrazu, strah za lastno življenje, verbalne grožnje ter uničevanje predmetov (Andrejek Grabar, 2009).

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kakšna je pogostost uporabe deeskalacijskih tehnik komunikacije in ocenjevalne lestvice nasilnega vedenja BVC.

Postavili smo naslednjo hipotezo:

Med zaposlenimi na oddelkih pod posebnim nadzorom in na odprtih oddelkih v Univerzitetni psihiatrični kliniki (UPK) Ljubljana se pojavljajo statistično pomembne razlike v pogostosti uporabe deeskalacijskih tehnik komunikacije in ocenjevalne lestvice nasilnega vedenja BVC. Preučevanje navedenega je le del širše raziskave z naslovom »Dejavniki tveganja pri zaposlenih za pojavnost nasilnega vedenja pri pacientih z duševno motnjo«.

3 Metode

Raziskava je temeljila na kvantitativnem raziskovalnem pristopu in metodi deskripcije, kompilacije in sinteze. Za pridobivanje podatkov smo uporabili tehniko anketiranja. Za iskanje sekundarnih virov smo uporabili bibliografske baze podatkov (Cobiss, Proquest, Medline).

Za izvedbo raziskave smo pripravili strukturiran vprašalnik, ki smo ga oblikovali na podlagi pregleda znanstvene in strokovne literature (Francis idr., 2010; Van Wijk, Traut in Julie, 2014; Gabrovec, 2014; Price idr., 2017). Vprašalnik je sestavljalo 5 vsebinsko ločenih sklopov. V enem izmed njih smo preučevali pogostnost uporabe deeskalacijskih tehnik komunikacije in ocenjevalne lestvice nasilnega vedenja BVC med zaposlenimi v zdravstveni negi na psihiatričnem področju. Pri obeh vprašanjih je bilo ponujenih pet možnih odgovorov: nikoli, redko, včasih, pogosto, vedno. Anketirani so lahko izbrali en odgovor.

Pred začetkom raziskave smo vprašalnik pilotno testirali pri zaposlenih v Enoti za intenzivno psihiatrično terapijo ($N = 15$) in s tem preverjali razumljivost navodil in vprašanj. Preverjanje notranje konsistentnosti vprašalnika smo izvedli z izračunom koeficienta Cronbach alfa, ki za celoten vprašalnik znaša 0,797, kar pomeni srednje močno zanesljivost instrumenta.

Za izvedbo raziskave smo izbrali namenski neslučajnostni vzorec, ki je obsegal 250 enot, vrnjenih smo dobili 156 vprašalnikov in jih v končno analizo vključili 142, kar pomeni 56,8-odstotno realizacijo vzorca. V raziskavi je sodelovalo več žensk (62,7 %), večina je starih med 31 in 40 let (36,6 %), imajo srednješolsko izobrazbo (54,9 %) in 11-20 let delovne dobe (41,5 %). Ostali podatki o vzorcu so razvidni iz tabele 1.

Tabela 1: Demografski podatki anketiranih

<i>Spol</i>	<i>F</i>	<i>f (%)</i>
ženski	89	62,7
moški	53	37,3
<i>Starost</i>		
20-30 let	21	14,8
31-40 let	52	36,6
41-50 let	44	31,0
51-60 let	24	16,9
61 let in več	1	0,7
<i>Izobrazba</i>		
srednja	78	54,9
višja ali visoka strokovna	45	31,7
univerzitetna	16	11,3
drugo	3	2,1
<i>Delovna doba</i>		
0-10 let	35	24,6
11-20 let	59	41,5
21-30 let	31	21,8
31-40 let	17	12,0

Legenda: *F* = frekvenca, *f (%)* = odstotek

Vir: Anketni vprašalnik, 2019

Anketiranje je potekalo od 1. decembra 2018 do 7. januarja 2019. Vprašalnik smo posredovali v tiskani obliki medicinskim sestram v UPK Ljubljana. Dobljene podatke smo nato uredili in jih statistično analizirali z računalniškim programom IBM SPSS verzija 21.0.

Za analizo podatkov smo uporabili postopke opisne statistike s frekvencami, izračunom srednjih vrednosti in standardnega odklona. Za analizo razlik smo uporabili t-test za neodvisne vzorce, s katerim smo ugotavljali statistično pomembne razlike med dvema neodvisnima skupinama.

Pred izvedbo raziskave smo pridobili pisno soglasje zavoda in individualni pristanek anketiranih. Anketirancem smo zagotovili pravico do neškodovanja, do samoodločbe, do zasebnosti, anonimnosti in zaupnosti.

4 Rezultati

Hipotezo smo testirali s t-testom za neodvisne vzorce in preverili, ali obstajajo za ordinalni tip spremenljivk (pogostost uporabe ocenjevalne lestvice BVC in deeskalacijskih tehnik komunikacije) statistično značilne razlike glede na tip oddelka, na katerem so anketirani zaposleni (oddelek pod posebnih nadzorom/odprti oddelek). Preverjali smo statistično pomembne razlike v povprečjih pri izbranih spremenljivkah in izračunali povprečja glede na drugo spremenljivko, ki je neodvisna in izbrane spre-

menljivke deli na dve skupini. Statistično značilne razlike smo sprejeli pri stopnji p , manjši od 0,05, 0,01 ali 0,001, kar je razvidno iz tabel 2 in 3.

Tabela 2: T-test za neodvisne vzorce – Za oceno tveganja za nasilno vedenje pacienta z duševno motnjo pri svojem delu uporabljam ocenjevalno lestvico nasilnega vedenja BVC

Merski indikatorji	Odkvisna spremenljivka				
Neodvisne spremenljivke	Za oceno tveganja za nasilno vedenje pacienta z duševno motnjo pri svojem delu uporabljam ocenjevalno lestvico nasilnega vedenja BVC.				
Tip oddelka	N	$\bar{x}$	σ	T	p (dvostranska)
Oddelek pod posebnim nadzorom	65	3,95	1,022	4,339	0,000 < 0,001
Odprii oddelek	67	3,16	1,067		

Legenda: N = število enot, $\bar{x}$ = povprečna vrednost; σ = standardni odklon, t = vrednost t -testa, p = stopnja značilnosti ($p < 0,05$)

Vir: Anketni vprašalnik, 2019.

Iz t -testa za neodvisne vzorce je razvidno, da pri spremenljivki »Za oceno tveganja za nasilno vedenje pacienta z duševno motnjo pri svojem delu uporabljam ocenjevalno lestvico nasilnega vedenja BVC« prihaja do statistično značilnih razlik ($p < 0,001$) v pogostosti uporabe ocenjevalne lestvice med oddelkom pod posebnim nadzorom ter odprtim oddelkom. Z manj kot 0,1-odstotnim tveganjem lahko trdimo, da anketiranci, ki so zaposleni na oddelku pod posebnim nadzorom, statistično značilno pogosteje uporabljajo lestvico nasilnega vedenja BVC ($\bar{x} = 3,95$, $\sigma = 1,022$) kot tisti, ki so zaposleni na odprtem oddelku ($\bar{x} = 3,16$, $\sigma = 1,067$).

Tabela 3: T-test za neodvisne vzorce – Pri obravnavi pacienta z nasilnim vedenjem uporabljam deeskalacijske tehnike komunikacije

Merski indikatorji	Odkvisna spremenljivka				
Neodvisne spremenljivke	Pri obravnavi pacienta z nasilnim vedenjem uporabljam deeskalacijske tehnike komunikacije.				
Tip oddelka	N	$\bar{x}$	σ	t	p (dvostranska)
Oddelek pod posebnim nadzorom	65	4,32	,793	0,929	0,354 > 0,05
Odprii oddelek	67	4,19	,802		

Legenda: N = število enot, $\bar{x}$ = povprečna vrednost, σ = standardni odklon, t = vrednost t -testa, p = stopnja značilnosti ($p < 0,05$)

Vir: Anketni vprašalnik, 2019.

T-test za neodvisne vzorce je pokazal, da pri spremenljivki »Pri obravnavi pacienta z nasilnim vedenjem uporabljam deeskalacijske tehnike komunikacije« ne prihaja do statistično značilnih razlik ($p = 0,354$) v pogostosti uporabe deeskalacijske tehnike komuniciranja med anketiranimi, ki so zaposleni na oddelku pod posebnim nadzorom in tistimi na odprtem oddelku. Anketirani, ki so zaposleni na oddelku pod posebnim

nadzorom, in tisti, ki so zaposleni na odprtem oddelku, uporabljajo deeskalacijske tehnike komunikacije približno enako pogosto.

Hipoteze nismo potrdili. Smo pa potrdili, da se med zaposlenimi na oddelkih pod posebnim nadzorom in tistimi na odprtih oddelkih v UPK Ljubljana pojavljajo statistično pomembne razlike ($p < 0,001$) v pogostosti uporabe ocenjevalne lestvice nasilnega vedenja BVC, zato je hipoteza le delno potrjena.

5 Razprava

V raziskavi nas je zanimalo, kakšna je pogostost uporabe deeskalacijskih tehnik komunikacije in ocenjevalne lestvice nasilnega vedenja BVC med zaposlenimi, ki delajo na oddelkih pod posebnim nadzorom, in tistimi na odprtih oddelkih, saj je ocenjevalna lestvica BVC orodje, ki zaposlenim omogoča hitro prepoznavanje nasilnega vedenja, deeskalacijske tehnike pa so najučinkovitejše sredstvo za zmanjševanje in preprečevanje nasilnega vedenja.

Ugotovili smo, da zaposleni v zdravstveni negi pri obravnavi pacientov z duševno motnjo uporabljajo deeskalacijske tehnike komunikacije enako pogosto, ne glede na to, ali delajo na oddelkih pod posebnim nadzorom ali na odprtih oddelkih. Iz rezultatov naše raziskave je tudi razvidno, da je uporaba deeskalacijskih tehnik komunikacije pri delu s pacienti z duševno motnjo pravzaprav osnovno terapevtsko sredstvo zaposlenih in predstavlja ključno orodje za preprečevanje nasilnega vedenja tako na oddelkih pod posebnim nadzorom kot na oddelkih odprtega tipa. Tudi Richmond idr. (2012) menijo, da z uporabo deeskalacijskih tehnik komunikacije zaposleni učinkovito rešujejo nastale zaplete pri pacientih z duševno motnjo in s tem preprečujejo agitacije in premestitve pacientov iz odprtih oddelkov na oddelke pod posebnim nadzorom, saj to predstavlja za pacienta velik stres in izgubo zaupanja v zaposlene. Podobno so ugotavljali Lavelle in sodelavci (2016) v svoji raziskavi, v katero je bilo vključenih 522 pacientov z duševno motnjo. Ugotovili so, da se večina neželjenih dogodkov začne z verbalnim nasiljem, ki se najuspešneje omejuje in konča s pomočjo deeskalacijskih tehnik komunikacije, kar pomembno vpliva na manjšo uporabo drugih, za pacienta neprijaznih prisilnih ukrepov, kot so aplikacija terapije brez privolitve pacienta in uporaba posebnih varovalnih ukrepov, kar so ugotavljali tudi Godfrey, Tuomi, Jones, Oxley in Carr (2014). Price in Baker (2012) na osnovi ugotovitev priporočata, da naj komunikacijo izvaja ena oseba, ki ima največ izkušenj in ima s pacientom zgrajen dober osebni odnos. To pa ne pomeni, kot navaja Smrdu (2009), da bo deeskalacija vedno uspešna in da bo delovala pri vseh pacientih enako. Za izvedbo potrebujemo veliko časa, znanja in izkušenj ter zavedanje o lastnih omejitvah.

Iz rezultatov raziskave smo ugotovili, da zaposleni na področju zdravstvene nege v UPK Ljubljana, ki so zaposleni na oddelku pod posebnim nadzorom, pogosteje uporabljajo lestvico nasilnega vedenja BVC kot tisti anketirani, ki so zaposleni na odprtih oddelkih. D'Ettorre in Pellicani (2017) v svoji raziskavi ugotavljata, da je uporaba ocenjevalne lestvice nasilnega vedenja BVC smiselna, ne glede na tip oddelka, kjer je

pacient obravnavan, saj povečuje pozornost zaposlenih na pacientovo vedenje, obenem pa je učinkovita pri napovedi in preprečevanju nasilnega vedenja. Dejstvo je, da se zaposleni na oddelkih pod posebnim nadzorom pogosteje srečujejo s pacienti, ki so odklonilni, napeti, agitirani in brez uvida v svojo bolezen, zato pogosto odklanjajo hospitalizacijo. Ker so takšni pacienti praviloma vedno sprejeti na oddelek pod posebnim nadzorom, je razumljivo, da zaposleni na teh oddelkih pogosteje uporabljajo ocenjevalno lestvico BVC. Gabrovec (2014) iz analize lestvice ugotavlja, da se nasilno vedenje pri posamezniku spreminja tako v pojavni obliki kot tudi v njeni intenziteti. Prva ocenjevalna lestvica BVC se naredi že ob sprejemu v urgentni psihiatrični ambulantni v sklopu kazalnika kakovosti »Zahtevnost sprejema« in je podlaga za to, koliko zaposlenih bo treba dodatno vključiti v sprejem oziroma ali bo treba zaprositi še za asistenco policije. Široka uporabnost ocenjevalne lestvice nasilnega vedenja BVC je bila potrjena tudi v raziskavi, ki so jo opravile Babič Pintar, Lipovec in Us (2014), ki so ugotovile, da je poleg dobre napovedne vrednosti lestvica za nasilno vedenje uporabna tudi z vidika načrtovanja kadrovskih potreb in organizacije dela. Za obravnavo, ki bo varna tako za paciente kot za zaposlene, je treba spremeniti nizke kadrovske normative in zagotoviti zadostno število usposobljenega kadra.

Omejitev raziskave je v vzorcu, saj je bila raziskava izvedena med izvajalci zdravstvene nege v UKP Ljubljana, zato rezultatov ne moremo posplošiti na populacijo vseh zaposlenih na psihiatričnem področju. Tudi vrednost merskega instrumenta je bila srednje zanesljiva.

6 Zaključek

Zmanjševanje nasilja in preprečevanje nasilnega vedenja ter zagotavljanje kakovostne in varne zdravstvene nege v psihiatrični dejavnosti je izziv za izvajalce zdravstvene nege, ki morajo imeti ustrezno znanje in izkušnje. Zato moramo zagotavljati izobraževanje za učenje deeskalacijskih tehnik komunikacije in uporabo ocenjevalne lestvice nasilnega vedenja BVC. Glede na to, da se trend nasilnega vedenja pacientov in njihovih svojcev zvišuje na vseh nivojih zdravstvenega varstva, bi bilo smiselno tovrstno izobraževanje vključiti v vsa strokovna področja, kjer delujejo izvajalci zdravstvene nege.

Aljoša Lipovec, Bojana Filej, PhD

The Frequency of Using Tools to Prevent Violent Behaviour in Patients with a Mental Disorder

The World Health Organization defines violence as the deliberate use of physical force or power; as intimidation, or actual violence, against oneself or another individual, person or community, with a likely cause of injury, death or serious psychological harm (Violence against health workers, 2009). Violence can be verbal and or physical and can be an attack on a person. Verbal violence is an attack on a person's self-image using offensive, threatening and degrading comments and it is harder to recognize, since it does not cause visible damage (Žigon, 2010), unlike physical violence in which the consequences are visible and therefore more easily recognizable (Keber, 2016).

Violent behaviour causes pain and suffering and can cause harm to ourselves and others. In a patient with a mental disorder, however, violent behaviour is an emergency situation, because it involves the patient, other patients and the employees. Swanson et al. (2016) state that a large share of patients with a mental disorder are never violent or dangerous, although violent behaviour occurs more frequently in patients with a mental disorder than among the general population.

The group of patients with a mental disorder that is at highest risk, and who are most often the perpetrators of violent behaviour, are men between the ages of 20 and 45, single, with a low level of education, who come from a socially disadvantaged background and who have a history of abuse of alcohol or other illicit psychoactive substances, and previous suicide attempts or violent behaviour in the past (Kores Plesničar, 2010).

In case of patients with mental disorders who are abusive, it is recommended to use de-escalation communication techniques and the Broset Rating Scale (BVC scale). De-escalation communication techniques are a calming method or can be seen as a set of psychosocial interventions to divert the patient's attention and reduce his or her tension, while using the BVC scale to predict the potential danger of developing violent behaviour.

De-escalation communication techniques are carried out in four steps (Bowers, 2014): limiting violent behaviour in such a way as to provide a safe environment for all involved (patients, relatives, employees); reducing patient anger; clarification of the situation; solving the problem together with the patient.

The BVC Rating Scale of Violent Behaviour assesses the patient with respect to his or her behaviour (confusion, restlessness, tension, irritability, conflict, loudness of demands, verbal threats, physical threats, violence toward objects). The presence of each described behaviour represents 1 point, and the final score represents the sum of the individually observed behaviours. A sum of 0 points represents a low risk of violent behaviour, 1 to 2 points an increased risk of violent behaviour and preventive

measures are required, and 3 or more points indicate a high risk of violent behaviour, in which case preventive measures and an individual contingency plan are required (Meeha, De Alwis, & Stedman, 2017).

Trained personnel are crucial for the successful prevention of violent behaviour, in order to recognize the signs of violent behaviour in a timely manner (Andrejek Grabar, 2009).

The aim of the study was to determine the frequency of the use of de-escalation communication techniques and the BVC Rating Scale of Violent Behaviour. The following hypothesis was set forth: There are statistically significant differences in the frequency of the use of de-escalation communication techniques and the BVC Rating Scale of Violent Behaviour among employees in special care units and open wards at the University Psychiatric Clinic (UPK) Ljubljana.

The present study is only part of a broader study entitled "Risk Factors in Employees for the Incidence of Violent Behaviour among Patients with Mental Illness."

The research was based on a quantitative research approach and a descriptive, compilation and synthesis method. We used a survey technique to obtain data. Bibliographic databases (Cobiss, Proquest, Medline) were used to find secondary sources.

To conduct the research, we prepared a structured questionnaire, which was formulated on the basis of a review of scientific and professional literature (Francis et al., 2010; Van Wijk, Traut and Julie, 2014; Gabrovec, 2014; Price et al., 2017). The questionnaire consisted of 5 separate sections. One of them examined the frequency of the use of de-escalation communication techniques and the BVC Rating Scale of Violent Behaviour among psychiatric nursing staff. There were five possible answers to both questions: never, rarely, sometimes, often, always. The respondents were allowed to choose one answer.

The questionnaire was tested as a pilot among 15 employees to verify the readability of the instructions and questions. The internal consistency of the questionnaire was verified by calculating the Cronbach's alpha coefficient, which is 0.797 for the entire questionnaire, indicating a medium-strength instrument.

A dedicated non-random sample consisting of 250 units was selected to carry out the survey. 156 questionnaires were returned and 142 were included in the final analysis, which represents a 56.8% realization of the sample. More women (62.7%) participated in the survey than men, most of whom are between 31 and 40 years old (36.6%), have secondary school education (54.9%) and 11-20 years of work experience (41.5%).

Descriptive statistics procedures with frequencies, mean calculations and standard deviation were used to analyse the data. To analyse the differences, we used the t-test for independent samples to determine statistically significant differences between the two independent groups.

The hypothesis was tested by the t-test for independent samples. We also verified if there were statistically significant differences for the ordinal type of variables (frequency of use of the BVC rating scale and de-escalation communication techniques)

with respect to the type of ward (ward under special supervision/open ward). The independent samples t-test shows that the variable »To assess the risk of violent behaviour of a patient with a mental disorder in my work I use the BVC Rating Scale of Violent Behaviour« has resulted in statistically significant differences, which means that employees who are employed in the ward under special supervision use the BVC Rating Scale of Violent Behaviour ($\bar{x} = 3.95$, $\sigma = 1.022$) statistically more frequently than those employed in the open ward ($\bar{x} = 3.16$, $\sigma = 1.067$). For the variable »When treating a patient with violent behaviour, I use de-escalation communication techniques«, the t-test showed that there were no statistically significant differences ($p = 0.354$) and that employees used de-escalation communication techniques about as often in both wards (special supervision ward/open ward) (Tables 2 and 3). Therefore, the hypothesis was not confirmed.

Our research has thus found that the nursing staff use de-escalation communication techniques equally frequently when treating patients with a mental disorder, regardless of whether they work in special care units or open wards. The results of our research also show that the use of de-escalation communication techniques when working with patients with a mental disorder is actually a basic therapeutic tool for employees and is a key tool for preventing violent behaviour. Also, Richmond et al. (2012) find that, through the use of de-escalation communication techniques, employees effectively address the resulting complications in patients with a mental disorder. Similarly, Lavelle et al. (2016) found that most adverse events begin with verbal violence, which is most successfully limited and terminated by de-escalation communication techniques. Godfrey, Tuomi, Jones, Oxley, and Carr (2014) found that this reduces the use of other patient-unfriendly coercive measures (application of therapy without patient consent and the use of special precautions). It takes a lot of time, knowledge and experience to implement de-escalation communication techniques, which still does not guarantee that the de-escalation will be successful.

Our research has also found that the nursing staff in a ward under special supervision were more likely to use the BVC Rating Scale of Violent Behaviour than those who were employed in open wards. The use of the BVC Rating Scale of Violent Behaviour makes sense regardless of the type of ward where the patient is treated (D'Ettorre and Pellicani, 2017). The fact is that the staff in wards under special supervision are more likely to encounter patients who are dismissive, tense, agitated and without insight into their illness, and therefore often refuse hospitalization. As such patients are, as a rule, always admitted to a ward under special supervision, the result that the employees in these wards are more likely to use the BVC-rating scale is expected. Gabrovec (2014) suggests that violent behaviour in an individual varies both in appearance and in its intensity, based on the analysis of the scale. The broad applicability of the BVC Rating Scale of Violent Behaviour was also confirmed in a study conducted by Babic Pintar, Lipovec, and Us (2014), who found that, in addition to good predictive value, the violent behaviour scale was also useful in terms of human resource planning and work organization.

The limitation of the survey is in the sample, since the survey was conducted among nursing providers at UKP Ljubljana. The results can therefore not be generalized to the population of employees in the psychiatric field. Also, the value of the measuring instrument was only moderately reliable.

As violent behaviour of both patients and their relatives is increasing at all levels of healthcare, all healthcare professionals are faced with the challenge of acquiring the appropriate skills to reduce and prevent violent behaviour and of being critical of their own limitations.

LITERATURA

1. Abderhalden, C. (2008). The systematic assessment of the short-term risk for patient violence on acute psychiatric wards. *Brit J Psychiat*, 193, št. 1, str. 91–103.
2. Almvik, R. and Woods, P. (1999). Predicting inpatient violence using the Broset Violence Checklist (BVC). *Int J Psychiatr Nurs Res.*, 4, št. 3, str. 498–505.
3. Andrejek Grabar, E. (2009). Terapevtski ukrepi pri agresivnem pacientu. V: Nelan Stropnik, S. (ur.). Funkcionalno izobraževanje iz psihiatrične zdravstvene nege in psihiatrije. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor, str. 119–128.
4. Babič Pintar, M., Lipovec, A. and Us, I. (2014). Zahtevnost sprejema pri pacientu z duševno motnjo v povezavi z Broset lestvico nasilnega vedenja (BVC). V: Skela Savič, B. in Hvalič Touzery, S. (ur.). 7. mednarodna znanstvena konferenca Znanje, vrednote, prepričanja in dokazi za razvoj kakovostne zdravstvene obravnave: mesto in vloga zdravstvene nege Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, str. 44–51.
5. Bowers, L. (2014). Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 21, št. 6, str. 499–508.
6. Clarke, D., Brown, A. and Griffith, P. (2010). The Broset Violence Checklist; clinical utility in a secure psychiatric intensive care setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, str. 614–620.
7. Čuk, V. (2010). Zdravstvena nega in duševno zdravje. *Obzornik zdravstvene nege*, 44, št. 3, str. 145–147.
8. Dernovšek, Z. (2009). Prepoznavanje in preprečevanje nasilnih vedenj in njihovih posledic v službah za duševno zdravje v skupnosti. Ljubljana: Izobraževalno raziskovalni inštitut Ozara Ljubljana.
9. D'Ettorre, G. and Pellicani, V. (2017). Workplace violence toward mental healthcare workers employed in psychiatric wards. *Saf Health Work*, 8, št. 4, str. 337–342.
10. Francis, J. J., Johnston, M., Robertson, C., Glidewell, L., Entwistle, V., Eccles, M. P. and Grimshaw, J. M. (2010). What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. *Psychology and Health*, 25, št. 10, str. 1229–1245.
11. 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.
12. Gabrovec, B. (2016). Types of threats against nursing care workers in psychiatric facilities. *J Health Sci*, 3, št. 2, str. 37–49.
13. Godfrey, J. L., McGill, A. C., Tuomi Jones, N., Oxley, S. L. and Carr, R. M. (2014). Anatomy of a transformation: a systematic effort to reduce mechanical restraints at a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 65, št. 10, str. 1277–1280.
14. Keber, A. (2016). Analiza nasilja na delovnem mestu v zdravstvu (Diplomska naloga). Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za upravo Ljubljana.

15. Kores Plesničar, B. (2010). Pomen agresije v zdravstvenih ustanovah. V: Peterka Novak, J. in Bregar, B. (ur.). Kako zmanjšati stres in izgorevanje na delovnem mestu: zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, str. 27–30.
16. Kurinčič, J. and Saje, M. (2017). Pristopi k obravnavi urgentnih stanj v psihiatriji. V: Prosen, G. (ur.). V. šola urgence. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, str. 93–97.
17. Lauge Berring, L., Pedersen, L. and Buus, N. (2016). Coping with violence in mental health care settings – Patient and staff member perspectives on de-escalation practices. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30, št. 6, str. 499–507.
18. Lavelle, M., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Renwick, L., Brenna, G. and Bowers, L. (2016). Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric setting. *Journal of Clinical Nursing*, 25, št. 15–16, str. 2180–2188.
19. Llor - Esteban, B., Sánchez - Muñoz, M., Ruiz - Hernández, J. A. and Jiménez - 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, št. 1, str. 33–40.
20. Meehan, T., de Alwis, A. and Stedman, T. (2017). Identifying patients at risk of inpatient aggression at the time of admission to acute mental health care. What factors should clinicians consider?. *Advances in Mental Health*, 15, št. 2, str. 161–171.
21. NICE National Collaborating Center. (2015). Violence and aggression: Short-term management in mental health. London: Pridobljeno dne 13. 5. 2019 s spletne strani: <https://scholar.google.si/scholar?>
22. Ozim, T. (2015). Zdravstvena nega agresivnega pacienta na enoti za forenzično psihiatrijo. Pridobljeno dne 13. 1. 2019 s spletne strani: s <https://dk.um.si/IzpisGradiva.php?id=47301>.
23. Papadopoulos, C., Ross, J., Stewart, D., Dack, C., James, K. and Bowers, L. (2012). The antecedents of violence and aggression within psychiatric inpatient settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125, št. 6, str. 425–439.
24. Price, O. and Baker, J. (2012). Key components of de-escalation techniques: a thematic synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21, št. 4, str. 310–319.
25. Price, O., Baker, J., Bee, P., Grundy, A., Scott, A., Butler, D. and Lovell, K. (2017). Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of deescalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *Journal of advanced nursing*, 74, št. 3, str. 614–625.
26. Richmond, J. S., Berlin, J. S., Fishkind, A. B., Holloman, G. H., Zeller, S. L., Wilson, M. P., Rifai, M. A. and Anthony, T. (2012). Verbal de-escalation of the agitated patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Deescalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13, št. 1, str. 17–25.
27. Ridenour, M., Lanza, M., Hendricks, S., Hartley, D., Rierdan, J., Zeiss, R. and Amandus, H. (2015). Incidence and risk factors of workplace violence on psychiatric staff. *Work*, 51, št. 1, str. 19–28.
28. Smrdu, M. (2009). Vedenjsko kognitivna terapija in njene tehnike. V: Pregelj, P. and Kobentar, R. (ur.). Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, str. 347–353
29. Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R. A., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A. and Lieberman, J. A. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, 63, št. 5, str. 490–499.
30. Van Leeuwen, M. E. and Harte, J. M. (2011). Violence against care workers in psychiatry: Is prosecution justified?. *International journal of law and psychiatry*, 34, št. 5, str. 317–323.
31. Van Wijk, E., Traut, A. and Julie, H. (2014). Environmental and nursing-staff factors contributing to aggressive and violent behaviour of patients in mental health facilities. *Curationis*, 37, št. 1, str. 1–8.

32. Yong, K. K., Poh, C. L., Galistan, T. A., Ng, J., Leow, S., Yeap, B. I. idr. (2011). Effects of multisensory therapy on agitated behaviors and cognition of geriatric patients with schizophrenia in a longterm care setting — an experimental study. *Singapore Nursing Journal*, 38, št. 3, str. 24–34.
33. Železnik, D. and Ivanuša, A. (2008). Standardi aktivnosti zdravstvene nege. 2. dopolnjena izdaja. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.
34. Žigon, N. (2010). Verbalno nasilje: ne preslišite besed, ki ranijo. *Viva*, 1, št. 7, str. 9–11

Aljoša Lipovec, magistrica vzgoje in menedžmenta v zdravstvu, koordinatorica zdravstvene nege v Enoti za intenzivno psihiatrično terapijo Univerzitetne psihiatrične klinike v Ljubljani.
E-naslov: aljosalipovec@gmail.com

Dr. Bojana Filej, docentka na Fakulteti za zdravstvene vede Univerze v Novem mestu.
E-naslov: bojana.filej@gmail.com