

**UNIVERZA V MARIBORU**

**FILOZOFSKA FAKULTETA**

Oddelek za psihologijo

**MAGISTRSKO DELO**

Anja Čuš

**MARIBOR, 2014**



**UNIVERZA V MARIBORU**

**FILOZOFSKA FAKULTETA**

Oddelek za psihologijo

Magistrsko delo

**DOŽIVLJANJE SAMOMORA IN ZADNJEGA STIKA S PACIENTOM, KI JE  
UMRL ZARADI SAMOMORA, PRI MEDICINSKIH TEHNIKIH**

Master thesis

**SUICIDE AND THE LAST CONTACT WITH A PATIENT WHO DIED BY  
SUICIDE AS EXPERIENCED BY MEDICAL TECHNICIANS**

Mentor: doc. dr. Bojan Musil

Kandidatka: Anja Čuš

Somentorica: asist. Vita Poštuvan

Maribor, 2014

Lektorica: Dunja Štiher, prof. slov. in geo.

Prevajalec: Marko Štefanič, univ. dipl. prevajalec in tolmač za angl. jezik ter prof. geo.

ZAHVALA

*"Sreča je srečati prave ljudi, ki v tebi pustijo dobre sledi."*

*T. Pavček*

*Hvala vsem, ki ste mi na poti nastajanja magistrske  
naloge namenili spodbudne besede in mi stali ob strani.*

*Hvala družini in prijateljem.*

*Hvala mentorju in somentorici.*

*Hvala medicinskim sestram.*

## **POVZETEK**

Samomor v Sloveniji in svetu predstavlja pomemben javno-zdravstveni problem. Večina ljudi, ki so umrli zaradi samomora, je nekaj mesecev ali tednov pred smrtjo obiskalo splošnega zdravnika. Osrednja tema naše naloge je doživljanje samomora pacienta pri medicinskih tehnikih.

V raziskavi smo uporabili kvalitativno metodo raziskovanja. Po načelih utemeljene teorije smo analizirali enajst intervjujev z medicinskimi sestrami, ki se spomnijo, da so tekom svoje delovne kariere imele izkušnjo samomora pacienta. Povprečen intervju je trajal 35 minut.

Po analizi podatkov smo 121 kod z 1131 navedki in 3 superkodami povezali v dva osrednja koncepta in štiri podkoncepte: *Doživljanje samomora pacienta in pojasnjevanje sprožilcev za samomor* (s podkonceptoma: *Doživljanje samomora pacienta* in *Delo s samomorilnim pacientom*) ter *Delo medicinske sestre* (s podkonceptoma *Delo s pacienti* in *"Jaz kot medicinska sestra"*). Iz konceptov smo oblikovali *Model doživljanja samomora pacienta*. Model pojasnjuje vsebine doživljanja samomora pacienta ter mediatorje, ki posredno ali neposredno vplivajo na doživljanje. (Ne)flexibilnost sistema ter identiteta medicinske sestre dajeta osnovo delu s pacienti. Način dela s pacienti in vzpostavljen odnos med medicinsko sestro in pacientom pa vplivata na doživljanje samomora pacienta. Kadar se medicinske sestre spomnijo zadnjega stika s pacientom, takrat se vsebine doživljanja razširijo (pojavi se več občutij in miselnih odzivov). Od tega, kako si medicinska sestra pojasni izkušnjo samomora pacienta, je odvisno ali bo izkušnja imela vpliv na nadaljnjo obravnavo pacientov.

*Model doživljanja samomora pacienta* pojasnjuje vsebine, ki se pojavljajo ob samomoru pacienta in omogoča razumevanje kompleksne teme.

### **Ključne besede**

Samomor, medicinske sestre, doživljanje samomora pacienta, zadnji stik, Model doživljanja samomora pacienta

## **ABSTRACT**

Suicides present a significant public-health issue on a global scale and in Slovenia as well. Most people who have died by suicide visited their general practitioner months or weeks before death. Presenting how nurses deal with suicides of patients is the main topic of this thesis.

The study is based on qualitative research principles. Based on the grounded theory method we analyzed eleven in-depth interviews with nurses who remember having dealt with a suicide patient during their career. The average interview lasted approximately 35 minutes.

After the analysis of data we merged 121 codes with 1131 quotations and 3 supercodes into two main concepts and four sub-concepts: *Experiencing patient suicide and explaining the triggers for it* (with sub-concepts *Experiencing patient suicide* and *Dealing with suicidal patients*) and *The work of nurses* (with sub-concepts *Work with patients* and “*Me as a nurse*”). From these concepts we created the *Experiencing patient suicide model*. The model explains the contents of experiencing patient suicide and mediators who directly or indirectly influence the experience process. The system (non) flexibility and identity of the nurse help shape the basis of work with patients. The means of working with patients and established relationship between the nurse and the patient influence the process of experience patient suicide. When nurses recollect the last encounter with a patient the contents of experiencing patient suicide expand (more feelings and mental responses occur). How a nurse reads and explains a patient suicide experience results in whether or not the experience will have an influence on further patient treatment. *Experiencing patient suicide model* explains the contents which occur with patient suicides and ease the comprehension of a very complex topic.

## **Key words**

Suicide, nurses, experiencing patient suicide, last contact, Experiencing patient suicide model

## KAZALO VSEBINE

1 TEORETIČNI UVOD .....	1
1.1 SAMOMOR.....	1
1.1.1 Samomor v Sloveniji in svetu .....	1
1.2 ZADNJI STIK Z ZDRAVSTVENIM DELAVCEM.....	4
1.2.1 Zadnji stik z zdravstvenim delavcem – pregled raziskav.....	4
1.2.2 Značilnosti zadnjega stika.....	7
1.2.3 Zdravstveni delavci in preprečevanje samomora.....	8
1.2.3.1 Izobraževanje splošnih zdravnikov o depresiji in trening vratarjev sistema9	
1.2.3.2 Omejitev dostopa do smrtonosnih metod.....	10
1.2.4 Težave pri preprečevanju samomorilnega vedenja v zdravstveni obravnavi... 11	
1.3 POKLIC MEDICINSKE SESTRE IN ZDRAVSTVENEGA TEHNIKA .....	13
1.3.1 Delo v splošni ambulanti.....	13
1.3.2 Stres na delovnem mestu.....	14
1.3.3 Vloga medicinske sestre v preprečevanju samomora .....	15
1.4 DOŽIVLJANJE SAMOMORA PACIENTA .....	15
1.4.1 Doživljanje samomora pacienta pri medicinskih tehnikah .....	16
1.4.2 Doživljanje samomora pacienta pri ostalih zdravstvenih delavcih .....	17
1.4.3 Stališča do samomora in do samomorilnega pacienta.....	19
1.4.4 Intervencije za zdravstvene delavce po samomoru pacienta.....	20
1.4.4.1 Možnosti čustvene razbremenitve.....	21
1.4.4.2 Pričakovanja ob izkušnji samomora pacienta .....	22
1.5 NAMEN DELA IN SPECIFIČNI CILJI .....	22
2 METODA .....	23
2.1 Utemeljena teorija.....	24
2.2 Raziskovalni vzorec .....	26
2.3 Pripomočki.....	27
2.4 Postopek.....	29
2.4.1 Nabor udeležencev .....	29
2.4.2 Informirano soglasje .....	30
2.4.3 Izvedba intervjujev.....	30
2.4.4 Snemanje in transkripcija intervjujev.....	30
2.4.5 Analiza podatkov z računalniškim programom ATLAS.ti .....	31



2.4.6 Veljavnost rezultatov .....	32
3 REZULTATI.....	33
3.1 Doživljanje samomora in pojasnjevanje sprožilcev za samomor.....	35
3.2 Doživljanje samomora pacienta .....	39
3.2.1 Dogodek samomora pacienta in zadnji stik s pacientom .....	39
3.2.2 Čustva in misli ob samomoru pacienta .....	40
3.3 Delo s samomorilnim pacientom .....	44
3.3.1 Pogovarjanje o samomoru s pacienti.....	44
3.3.2 Obravnava pacienta, ki je umrl zaradi samomora .....	45
3.4 Delo medicinske sestre .....	49
3.5 Delo s pacienti.....	52
3.5.1 Neprisotnost pogovora s pacienti .....	52
3.5.2 Prisotnost pogovora s pacienti .....	53
3.6 "Jaz kot medicinska sestra" .....	57
3.7 Povezava konceptov.....	61
4 INTERPRETACIJA.....	62
4.1 Doživljanje samomora in pojasnjevanje sprožilcev za samomor.....	62
4.2 Doživljanje samomora pacienta .....	65
4.2.1 Dogodek samomora pacienta in zadnji stik s pacientom .....	65
4.2.2 Čustva in misli ob samomoru pacienta .....	66
4.3 Delo s samomorilnim pacientom .....	69
4.4 Delo medicinske sestre .....	71
4.5 Delo s pacienti.....	72
4.6 "Jaz kot medicinska sestra" .....	74
4.7 Opis Modela doživljanja samomora pacienta .....	75
4.8 Predlogi za prevencijo samomorilnega vedenja na podlagi Modela doživljanja samomora pacienta.....	82
4.9 Zaključek.....	84
5 VIRI IN LITERATURA .....	87
6 PRILOGE.....	94
6.1 Vabili k sodelovanju v študiji .....	94
6.2 Informirano soglasje .....	96
6.3 Sklopi, vsebine in kode analizirane v študiji.....	97

## KAZALO SLIK

<i>Slika 1.</i> Umrli za posledicami samomorov v Sloveniji. ....	2
<i>Slika 2.</i> Slikovna ponazoritev kod, ki opisujejo koncept <i>Doživljanje samomora pacienta</i> . .....	43
<i>Slika 3.</i> Slikovna ponazoritev kod, ki opisujejo koncept <i>Delo s samomorilnim pacientom</i> . .....	48
<i>Slika 4.</i> Slikovna ponazoritev kod, ki opisujejo koncept <i>Delo medicinske sestre</i> . ....	51
<i>Slika 5.</i> Slikovna ponazoritev kod, ki opisujejo koncept <i>Delo s pacienti</i> . ....	56
<i>Slika 6.</i> Slikovna ponazoritev kod, ki opisujejo koncept <i>"Jaz kot medicinska sestra"</i> . ....	60
<i>Slika 7.</i> Slikovna ponazoritev glavnih konceptov. ....	61
<i>Slika 8.</i> Ogrodje in vsebine dela s pacienti .....	77
<i>Slika 9.</i> Določanje karakteristik zadnjega stika.....	78
<i>Slika 10.</i> Zadnji stik in doživljanje samomora pacienta.....	79
<i>Slika 11.</i> Vpliv izkušnje samomora pacienta na delo s pacienti .....	80
<i>Slika 12.</i> Model doživljanja samomora pacienta pri medicinskih sestrah.....	81
<i>Slika 13.</i> Vabilo, poslano na elektronske naslove .....	94
<i>Slika 14.</i> Vabilo v obliki brošure .....	95

## KAZALO PREGLEDNIC

Tabela 1. <i>Socio-demografske podrobnosti udeležencev</i> .....	26
Tabela 2: <i>Način transkribiranja intervjujev</i> .....	30
Tabela 3. <i>Sklopi, vsebine in kode koncepta Doživljanje samomora in pojasnjevanje sprožilcev za samomor</i> .....	97
Tabela 4. <i>Sklopi, vsebine in kode koncepta Doživljanje samomora pacienta</i> .....	98
Tabela 5. <i>Sklopi, vsebine in kode koncepta Delo s samomorilnim pacientom</i> .....	100
Tabela 6. <i>Sklopi, vsebine in kode koncepta Delo medicinske sestre</i> .....	101
Tabela 7. <i>Sklopi, vsebine in kode koncepta Delo s pacienti</i> .....	102
Tabela 8. <i>Sklopi, vsebine in kode koncepta Jaz kot medicinska sestra</i> .....	103

# 1 TEORETIČNI UVOD

## 1.1 SAMOMOR

Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll in Joiner (2007) definirajo samomor kot samoiniciirano smrt, pri kateri je bil prisoten namen umreti. Maris (2002) govori o samomoru, kadar je (1) prišlo do smrti; (2) smrt je dosegel posameznik, ki je umrl; (3) smrt je bila namerna in (4) smrt je bila dosežena preko izvedbe ali opustitve nekega dejanja.

Pri preučevanju samomora in samomorilnega procesa se srečujemo z nekaterimi izrazi (povzeto po Maris, 2002 in Silverman in dr., 2007): *samomorilni poskus* je namerno povzročeno dejanje, katerega namen je bil končati svoje življenje, vendar pa se izid tega dejanja ni zaključil kot smrt. *Samomorilno vedenje* zajema poskus samomora, parasuicid ali namerno samopoškodovanje. *Parasuicid* pomeni namerno poškodovanje samega sebe, pri čemer ni jasno, ali je posameznik imel namen umreti. *Samopoškodovalno vedenje* je potencialno nevarno vedenje, pri katerem oseba, ki ga izkazuje, nima namena umreti. Osebe se poškodujejo, da bi dosegle nek izid (npr. da bi našle pomoč, kaznovale druge, prejele pozornost ali uravnavale negativno razpoloženje). Pri poimenovanju samomora in pojavov, ki so z njim povezani, si raziskovalci si niso enotni.

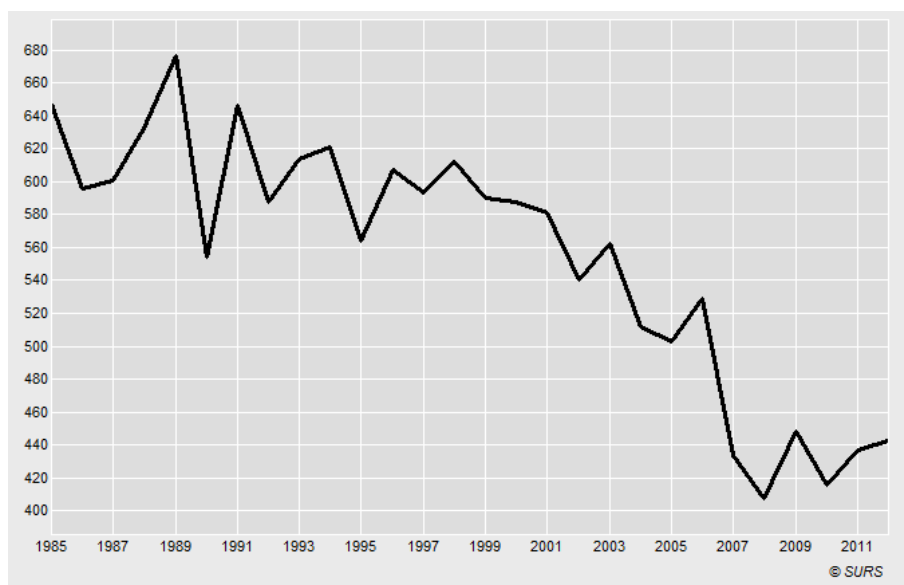
### 1.1.1 Samomor v Sloveniji in svetu

Samomor v Sloveniji in svetu predstavlja pomemben zdravstveni problem. Po podatkih Svetovne zdravstvene organizacije (WHO, 2003) je v letu 2000 zaradi samomora na svetu umrlo približno milijon ljudi, še desetkrat ali dvajsetkrat toliko pa je bilo poskusov samomora. Samomor je med tremi najpogostejšimi vzroki smrti med starostno skupino od 15 do 44 let in drugi najpogostejši vzrok smrti med starostno skupino od 10 do 24 let (WHO, 2014).

V evropskih državah v povprečju 123.853 ljudi letno umre zaradi samomora, od tega jih je večina (skoraj 80 %) moškega spola. Povprečni količnik samomora (število samomorov na 100.000 prebivalcev) v Evropi je 13,9. Znotraj Evropske

unije znaša ta količnik 10,1, pri čemer je najvišji v Litvi (30,7), sledi Madžarska (21,5), nato Finska (18,5), na četrtem mestu pa je Slovenija (18,4) (WHO, 2014).

Slovenija se tako uvršča med države z najvišjim količnikom samomora. Po podatkih Statističnega urada Slovenije (SURS) je leta 2012 v Sloveniji zaradi samomora umrlo 443 ljudi, od tega 363 moških in 80 žensk.



*Slika 1.* Umrlji za posledicami samomorov v Sloveniji.

Med leti 2000 in 2010 je količnik samomora upadal, nato se je številka ustalila (Poštuvan, V tisku). Na Sliki 1 prikazujemo število umrlih za posledicami samomorov v Sloveniji med leti 1985 in 2012.

Najpogostejša metoda samomora v Evropi je obešanje, nato pri moških sledi povzročitev smrti s strelnim orožjem in zastrupitev. Pri ženskah po pogostosti samomorilnih metod za obešanjem sledi zastrupitev in skok z višine. Moški v primerjavi z ženskami pogosteje umrejo zaradi strelnega orožja in obešanja ter redkeje zaradi zastrupitve, utopitve ali skoka z višine (Värnik in dr., 2008). V Sloveniji je najpogostejša metoda samomora obešanje, nato pri moških sledi povzročitev smrti s pomočjo strelnega orožja in zastrupitev; pri ženskah je druga najpogostejša metoda smrti zastrupitev, sledi utopitev in skok z višine. Za moške so bolj značilne nasilne metode samomora (plin, strelno orožje, obešanje), medtem ko se ženske pogosteje odločijo za zastrupitev, utopitev in skok z višine (isti vir).

Marušič (1998) ugotavlja, da je pojav samomora v Sloveniji podoben evropskemu tudi v geografski porazdelitvi količnika samomora – največ samomorov je na severovzhodnem delu Slovenije, ta količnik pa upada v smeri proti jugozahodu.

Samomor je kompleksno vedenje z biološkimi in s psihosocialnimi komponentami (Draper, 1995). Pojavlja se v "neugodnem prepletu osebnih dejavnikov (genetsko določenih in vzgojno oblikovanih, torej fizioloških in psihičnih) in družbenega okolja, v katerem se dogaja." (Ziherl & Pregelj, 2010, str. 562). Bolj kot posamezni dejavniki se s pojavom samomorilnega vedenja povezuje določena kombinacija zdravstvenih, psihosocialnih in klimatskih značilnosti (Marušič, 1998). Med dejavniki tveganja najdemo:

- demografske dejavnike: število samomorov v večini držav narašča s starostjo in je pogostejše pri moškem spolu (SURs; WHO, 2014);
- socio-ekonomske in kulturne dejavnike: v splošnem je samomor pogostejši med tistimi, ki so samski, ločeni ali ovdoveli (Heikkinen, Isometsa, Marttunen, Aro & Lönqvist, 1995; Roškar in dr., 2011; Ziherl & Pregelj, 2010) in tistimi z nižjo izobrazbo (Roškar in dr., 2011). Med dejavniki tveganja sta tudi nezaposlenost in revščina (Ziherl & Pregelj, 2010);
- dejavnike povezane s časom: število samomorov je višje ob praznikih in v dnevih okrog rojstnega dneva; nekateri avtorji pišejo tudi, da je več samomorov v pomladnem in poletnem času (Windfuhr & Kapur, 2011);
- psihološke dejavnike: z večjo ranljivostjo za samomor naj bi se povezovale nekatere osebnostne lastnosti (predvsem impulzivnost ter perfekcionizem), vzorci mišljenja (kot so brezup, ruminacija, črno-belo razmišljanje), vendar pa je te povezave potrebno bolje raziskati (Windfuhr & Kapur, 2011);
- biološke dejavnike: nekatere študije kažejo biološke predispozicije za samomorilno vedenje ter skušajo določiti genetske komponente takšnega vedenja (Maris, 2002; Windfuhr & Kapur, 2011);
- duševne motnje: najpogostejši dejavnik, ki je povezan s samomorilnim tveganjem, so duševne motnje (Cavanagh, Carson, Sharpe & Lawrie, 2003; Mann in dr., 2005). Motnje razpoloženja, še posebej depresija (Cavanagh in dr., 2003; Obafunwa & Busuttil, 1994; Pirkis & Burgess, 1998; Rihmer, 2001;

Roškar in dr., 2011; Ziherl & Pregelj, 2010) in bipolarna motnja pogosto prispevata k samomoru v vseh starostnih skupinah (Rihmer, 2001). Raziskave, narejene v zahodnih državah, kažejo, da je približno 75–95 % ljudi, ki so umrli zaradi samomora, imelo psihično motnjo (Cavanagh in dr., 2003; De Leo, Draper, Snowdon in Kõlves, 2013). Tveganje povečuje tudi zloraba alkohola (Cavanagh in dr., 2003; Ziherl in Pregelj, 2010); ostale dejavnike: bolj so ranljivi posamezniki, ki imajo za seboj poskus samomora (Poštuvan, V tisku; Ziherl & Pregelj, 2010) in tisti, pri katerih se pojavlja samopoškodovno vedenje. Tveganje povečujejo stiske v otroštvu in travmatične zgodnje izkušnje ter različne izgube in konflikti v medosebnih odnosih (Poštuvan, V tisku). Med pacienti so najbolj ranljiva skupina tisti, ki so hospitalizirani v psihiatrični ustanovi (Windfuhr & Kapur, 2011).

Obsežnost ter multidisciplinarnost raziskav priča o tem, kako kompleksen pojav je samomor in koliko je možnosti za njegovo raziskovanje, razumevanje in tudi preprečevanje.

Pri razumevanju pojava samomora se soočamo z oviro, da od žrtev samomora ne moremo pridobiti informacij, kaj je botrovalo samomoru. V ta namen se je razvila metoda psihološke avtopsije, ki zbira informacije preko intervjujev z osebami, ki so bile blizu umrlemu, in preko preučevanja dokumentov iz virov, kot so zapiski splošnih zdravnikov, socialnih delavcev in kriminalistov. Preko pridobljenih informacij se skuša retrogradno oceniti žrtvino psihično in fizično stanje, osebnost ter morebitne težave v družbi in družbeno integracijo. Namen psihološke avtopsije je pridobiti obsežno in čim bolj natančno sliko umrlega ter pridobiti razumevanje, kaj je prispevalo k samomoru. Psihološka avtopsija je najverjetneje najbolj neposredna tehnika za določanje odnosa med določenimi dejavniki tveganja in samomorom (Cavanagh in dr., 2003).

## **1.2 ZADNJI STIK Z ZDRAVSTVENIM DELAVCEM**

### **1.2.1 Zadnji stik z zdravstvenim delavcem – pregled raziskav**

Za večino žrtev samomora je značilno, da so bile v mesecih pred samomorom v stiku z zdravstvenim delavcem. Raziskave zadnjega stika z zdravstvenim delavcem

se praviloma osredotočajo na časovno obdobje enega tedna, enega meseca, treh mesecev, pol leta in enega leta pred smrtjo.

Pirkis in Burgess (1998) sta naredila sistematični pregled študij, ki so preučevale zadnji stik pacienta, ki je umrl zaradi samomora, s strokovnjaki iz področja duševnega zdravja in/ali splošnim zdravnikom. Ugotavljata, da je v Veliki Britaniji med 73 in 83 % ljudi, ki so umrli zaradi samomora, v roku enega leta obiskalo splošnega zdravnika. V roku zadnjih 6 mesecev pred smrtjo je obiskalo zdravnika med 24 in 68 % umrlih, v zadnjih 3 mesecih pred smrtjo pa je zdravnika obiskalo med 47 in 73 % pacientov. V roku 1 meseca pred smrtjo je splošnega zdravnika obiskalo med 34 in 44 % pacientov, ki so umrli zaradi samomora. V zadnjem tednu pred smrtjo je splošnega zdravnika obiskalo med 16 in 22 % ljudi. Pri psihiatru je bilo v zadnjih 12 mesecih obravnavanih do 41 % ljudi, ki so umrli zaradi samomora. Do 9 % jih je umrlo na dan, ko so bili izpuščeni iz bolnišnice.

Luoma, Martin in Pearson (2002) so opravili sistematični pregled 40 raziskav, ki so se navezovale na kontakt pacienta, ki je umrl zaradi samomora, s splošnim zdravnikom ali s strokovnjakom iz področja duševnega zdravja. Ugotavljajo, da bila je večina posameznikov, ki so umrli zaradi samomora, obravnavana pri zdravstvenem delavcu. To je bilo posebej značilno za starejše paciente. 44 % ljudi, ki so umrli zaradi samomora, je imelo stik s splošnim zdravnikom v mesecu pred smrtjo, med starejšimi od 55 let je bil ta odstotek še višji, in sicer 58 %. V letu pred smrtjo je obiskalo zdravnika več kot 75 % ljudi, ki so umrli zaradi samomora. 19 % ljudi, ki so umrli zaradi samomora, je obiskalo strokovnjaka za duševno zdravje v mesecu pred smrtjo, medtem ko je pri starejših od 55 let bilo takšnih 11 %.

Stanistreet, Gabbay, Jeffrey in Taylor (2004) ugotavljajo, da je bilo 56 % mlajših moških v kontaktu z zdravstvenim delavcem v obdobju treh mesecev pred samomorom in 38 % v mesecu pred samomorom.

Deisenhammer, Huber, Kemmler, Weiss in Hinterhuber (2007) ugotavljajo, da se je v obdobju zadnjega leta pred samomorom pomembno zvišal delež stikov z zdravniki, predvsem pri moških in starejših od 65 let (za 40 % v obdobju pol leta). Pacienti so se pogosto tudi odločili za menjavo zdravnika. Pri ženskah se je pojavil

zanimiv vzorec, saj se je v obdobju enega leta pred samomorom povečalo število obiskov pri psihiatrih (za 71 %), vendar je število stikov v zadnjih treh mesecih pred smrtjo drastično upadlo.

Draper, Snowdon in Wyder (2008) so izvedli pilotsko študijo zadnjega stika žrtve samomora z zdravstvenim delavcem. Intervjuvanih je bilo 37 strokovnjakov s področja duševnega zdravja, ki so imeli kontakt z 28 posamezniki, ki so umrli zaradi samomora. 19 % intervjuvanih strokovnjakov ni vedelo, da je njihov pacient umrl zaradi samomora. Pri 60 % umrlih so strokovnjaki izvedli oceno samomorilne ogroženosti v obdobju pred smrtjo in nobenega niso prepoznali kot ogroženega.

Pearson in dr. (2009) poročajo, da je 91 % pacientov, ki so umrli zaradi samomora, obiskalo svojega splošnega zdravnika v roku enega leta pred samomorom, pri čemer je zgolj 16 % splošnih zdravnikov menilo, da bi se samomor dalo preprečiti.

Rodi, Roškar in Marušič (2009) so naredili raziskavo o zadnjem stiku z zdravstvenim delavcem v škofjeloški regiji v Sloveniji. V raziskavo so vključili primere med leti 1993 in 2003. 30 od 77 žrtev samomora je obiskalo zdravnika v zadnjem mesecu pred smrtjo, 14 v zadnjem tednu. V kontrolni skupini<sup>1</sup> je 16 od 77 pacientov v zadnjem mesecu obiskalo zdravnika in trije v zadnjem tednu. Njihove ugotovitve so skladne z ugotovitvami tujih avtorjev, saj se tudi v Sloveniji pojavlja vzorec, da večina ljudi, ki so umrli zaradi samomora, v mesecih pred smrtjo obiše zdravstvenega delavca.

De Leo in dr. (2013) navajajo, da je imelo v obdobju treh mesecev pred smrtjo stik z zdravstvenim delavcem 89,4 % ljudi, ki so umrli zaradi samomora. Nekoliko manj (76,9 %) jih je imelo stik s splošnim zdravnikom. Avtorji so primerjali, ali obstaja razlika v deležu ljudi, ki so obiskali zdravnika v obdobju 3 mesecev pred smrtjo med skupino ljudi, ki so umrli zaradi samomora, in skupino ljudi, ki so umrli nenadno. V deležu ni bilo večje razlike. Vendar pa so imele osebe, ki so umrle zaradi samomora, statistično več stikov s strokovnjaki s področja duševnega zdravja

---

<sup>1</sup> Kontrolno skupino so sestavljale osebe iz splošne populacije, ki so bile s skupino ljudi, ki so umrli zaradi samomora izenačene glede na spremenljivki spol in starost.



(psihiatri, psihologi, svetovalci) ter z zdravniki iz bolnišnice in s socialnimi delavci. S psihiatrom je v zadnjih 3 mesecih imelo stik 30 % umrlih.

Ljudje iz splošne populacije (v primerjavi s klinično populacijo), ki so umrli zaradi samomora, v mesecih pred smrtjo pogosteje obiščejo splošnega zdravnika kot psihiatra (Luoma in dr., 2002; Pirkis & Burgess, 1998). Ta ugotovitev skupaj z ugotovitvami raziskav, ki smo jih povzeli, nakazuje, da ima splošen zdravnik pomembno vlogo v preprečevanju samomorilnega vedenja ter da je vlogo splošnih zdravnikov pri preprečevanju samomora potrebno podrobno raziskati. Zdravstveni delavci imajo namreč priložnost, da prepoznajo osebe, ki so samomorilno ogrožene in jim pomagajo (Kjølseth, Ekeberg & Steihaug, 2010). Zdravnikom moramo zagotoviti primerno podporo za boljše identificiranje duševnih bolezni povezanih s samomorilnim vedenjem ter prepoznavo samomorilne ogroženosti (Roškar in dr., 2011).

### **1.2.2 Značilnosti zadnjega stika**

V obdobju nekaj mesecev pred smrtjo so nekateri pacienti večkrat obiskali zdravnika (Kjølseth in dr., 2010). O tem, kaj se je dogajalo v zadnjem stiku zdravstvenega delavca s pacientom, ni veliko znanega. Niti ni jasno, koliko stikov z zdravstvenim delavcem je bilo posredno ali neposredno povezanih s samomorom (Draper in dr., 2008).

V nadaljevanju navajamo raziskave, ki so preučevale značilnosti zadnjega stika. Statistični podatki se ponekod razlikujejo, saj so vezani na specifična obdobja in verjetno tudi lokalne značilnosti.

Glede na spremenljivki *spol in starost* v obdobjih pred smrtjo starejši ljudje redkeje obiščejo zdravnika kot mlajši ter ženske pogosteje kot moški (Pirkis & Burgess, 1998).

Verjetnost stika s splošnim zdravnikom poveča zgodovina diagnoze *duševne bolezni* (predvsem depresije, shizofrenije, alkoholizma in razpoloženjskih motenj) ali diagnoza v času smrti (Obafunwa & Busuttill, 1994; Pirkis & Burgess, 1998). Večina pacientov je imela v času smrti diagnozo psihične bolezni (Draper in dr.,

2008). Med starejšimi osebami jih je v času smrti večina trpela za *telesno boleznijo* (Kjølseth in dr., 2010).

Pri zadnjem stiku je o *samomorilnem namenu* govorilo zgolj 22 % pacientov (Isometsa in dr., 1995), čeprav večina ljudi, ki so umrli zaradi samomora, omeni svoj namen drugim (večinoma prijateljem ali znancem) (Luoma in dr., 2002).

Razlogi za obisk zdravnika pri zadnjem stiku so bili (povzeto po Draper, 2008 in Isometsa in dr., 1995): (1) psihiatrične ali psihološke težave (50–62 %), (2) telesne in somatske težave (19–25 %), (3) socialne težave (14 %) in (4) naročen termin pri zdravniku, kjer pacienti niso poročali o težavah (28 %).

V Sloveniji je bil razlog za obisk zdravnika v skupini ljudi, ki so umrli zaradi samomora, v 30 % povezan s težavami v duševnem zdravju, medtem ko je bil v kontrolni skupini tak razlog prisoten v 3 % (Rodi in dr., 2009).

### **1.2.3 Zdravstveni delavci in preprečevanje samomora**

Intervencije na področju preprečevanja samomorilnega vedenja so najpogosteje usmerjene v (povzeto po Mann in dr., 2005): (1) izobraževanje in večanje osveščenosti pri splošni javnosti in strokovnjakih, (2) presejalne metode za skupine ljudi, ki kažejo večje tveganje za samomorilno vedenje, (3) zdravljenje psihiatričnih motenj, (4) omejitev dostopa do samomorilnih metod in v (5) odgovorno poročanje medijev o samomoru.

Preko izobraževanja in večanja osveščenosti o sprožilcih in dejavnikih tveganja samomorilnega vedenja (predvsem duševne bolezni) dosežemo boljše prepoznavo samomorilne ogroženosti, pogostejše iskanje pomoči, manjšo stigmatizacijo duševnih bolezni in samomora ter razbijamo mit, da samomora ni možno preprečiti. Presejalne (angl. *screening*) metode so namenjene identifikaciji posameznikov, ki kažejo večje tveganje za samomorilno vedenje ter njihovi napotitvi v obravnavo (Mann in dr., 2005).

Mediji lahko pomagajo pri preprečevanju samomora v družbi (preko izobraževanja javnosti, vključevanja podatkov o pomoči) ali ga spodbujajo (preko neprimerne poročanja, senzacionalističnih poročil o samomoru, povečevanja ali

predstavljanja samomora kot rešitve za težave) (Mann in dr., 2005; Poštuvan, V tisku). V Sloveniji smo leta 2010 dobili smernice za odgovorno poročanje o samomoru (Poštuvan, V tisku).

Navedene intervencije so različno učinkovite. Vpliv na zmanjšanje števila samomorov je največji pri izobraževanju splošnih zdravnikov o depresiji (Cavanagh, in dr., 2003; Mann in dr., 2005; Schulberg in dr., 2004) in omejitvi dostopa do samomorilnih metod (Mann in dr., 2005). Pri obeh intervencijah imajo zdravstveni delavci pomembno vlogo (Mann in dr., 2005; Schulberg in dr., 2004), zato ju podrobneje opisujemo.

#### *1.2.3.1 Izobraževanje splošnih zdravnikov o depresiji in trening vratarjev sistema*

Več kot 150 milijonov ljudi po svetu vsaj enkrat v življenju trpi za depresijo (WHO, 2003), ki predstavlja glavni dejavnik tveganja pri samomoru (Cavanagh in dr., 2003; Obafunwa & Busuttil, 1994); Pirkis & Burgess, 1998; Rihmer, 2001). Nekateri raziskovalci zato menijo, da bi samomor lahko učinkovito preprečevali preko učinkovite ocene in zdravljenja depresije (Cavanagh in dr., 2003; Draper in dr., 2008; Roškar in dr., 2010) ter s pomočjo ocene samomorilne ogroženosti (Kendall & Wiles, 2010). Če bi depresijo uspešno prepoznali ter zdravili, bi s tem zmanjšali število samomorov za polovico ali celo za tri četrtine (Cavanagh in dr., 2003).

Ob večji uporabi antidepresivov se (zaradi boljše obravnave depresivnih pacientov) zmanjša število samomorov (Rihmer, 2001; Roškar in dr., 2010). Podoben trend se je pokazal, ko so v Sloveniji izvedli izobraževanje o depresiji in oceni samomorilnega vedenja, ki je bilo namenjeno splošnim zdravnikom. V regijah, kjer so bili splošni zdravniki zajeti v izobraževanje, se je statistično značilno povečalo predpisovanje antidepresivov. Zmanjšalo se je tudi število samomorov, vendar učinek ni bil statistično pomemben (Roškar in dr., 2010).

Učinkovita intervencija pri preprečevanju samomorov je tudi izobraževanje vratarjev sistema (angl. *gatekeepers*) (Mann in dr., 2005; Swanke & Buila, 2010). Vratarji sistema so osebe, ki imajo redni stik z ranljivimi posamezniki, zato imajo

potencial, da prepoznajo znake težav v duševnem zdravju in znake samomorilnega vedenja (Roškar in dr., 2011; Swanke & Buila, 2010). V Sloveniji imajo splošni zdravniki vlogo vratarjev sistema, saj napotijo pacienta k specialistu, če je to potrebno (Rodi in dr., 2009; Roškar in dr., 2010; 2011). Med vratarje sistema spadajo tudi šolski svetovalni delavci, socialni delavci in psihologi (Roškar in dr., 2011). Gould in Kramer (2001) med vratarje sistema uvrščata tudi učitelje, duhovnike, policiste in svetovalce. Nekateri avtorji menijo, da so učinkoviti vratarji sistema tudi vrstniki, družinski člani in prijatelji, in sicer ravno zaradi odnosa, ki ga imajo z osebo, ki je samomorilno ogrožena (Moskos, Olson, Liabern, Keller & Gray, 2005).

Namen treninga vratarjev sistema je razviti znanje, pristop in veščine, ki so potrebne, da prepoznamo osebe, ki so samomorilno ogrožene, da ocenimo nivo ogroženosti in nadziramo situacijo, v kar je vključena napotitev k dodatni pomoči, če je le-ta potrebna (Gould & Kramer, 2001). Ne glede na status vratarja sistema (strokovnjak ali skrbnik) udeleženci treninga vratarjev sistema poročajo o večji osveščenosti, znanju in veščinah, kako ravnati v primeru samomorilno ogroženega posameznika (Swanke & Buila, 2010). Izobraževanje družin depresivnih pacientov in splošne javnosti o vedenju povezanim s samomorom, ter kaj storiti, kadar se takšno vedenje pojavi, je pomembna strategija pri preprečevanju samomora (Draper in dr., 2008). Ker osebe, pri katerih je tveganje za samomor višje, pogosto ne iščejo pomoči, vendar lahko izkazujejo znake samomorilne ogroženosti, trening vratarjev sistema deluje varovalno (Gould & Kramer, 2001).

Splošni zdravniki igrajo pomembno vlogo pri preventivi samomorilnega vedenja s tem, ko povprašajo paciente po samomorilnih mislih in občutjih, ko diagnosticirajo motnje, ki vodijo v takšna občutja in ko napotijo paciente v obravnavo, kadar je to potrebno.

#### *1.2.3.2 Omejitev dostopa do smrtonosnih metod*

Omejitev dostopa do samomorilnih metod zajema intervencije, kot so: ustrezna zakonodaja pri prodaji strelnega orožja, omejitev dostopa do pesticidov, pregrade na mestih, kjer so značilni skoki z višine in omejevanje predpisovanja in prodaje

pomirjeval (Mann in dr., 2005). Tudi v tem primeru imajo splošni zdravniki pomembno vlogo, saj lahko omejijo dostop do pogostega načina samomora – zdravlil na recept (Pirkis & Burgess, 1998).

V program preventive samomorilnega vedenja moramo, zraven splošnih zdravnikov, vključiti tudi ostale zdravstvene delavce (Roškar in dr., 2010).

#### **1.2.4 Težave pri preprečevanju samomorilnega vedenja v zdravstveni obravnavi**

Izboljšave v zdravstveni obravnavi lahko zmanjšajo število samomorov, vendar je vloga zdravstvenih delavcev pri tem omejena (Stanistreet in dr., 2004). Ker je samomor redek dogodek pri pacientih, je zdravstvenim delavcem med vsemi pacienti težko identificirati tiste, ki imajo samomorilni namen (Owens, Lambert, Donovan & Llyod, 2005; Pirkis & Burgess, 1998), poleg tega pacienti redko sporočijo samomorilni namen (Isometsa in dr., 1995). Dodatna težava je, da splošni zdravniki vsak dan pregledajo veliko število pacientov, pri čemer imajo za vsakega na voljo malo časa (Din dr., 2007). Zdravniki menijo tudi, da če bi pravilno ocenili tveganje pri pacientu, bi lahko le malo vplivali na dejavnike tveganja, saj menijo, da so le-ti zunaj njihovega nadzora (Kendall & Wiles, 2010).

Identificiranje dejavnikov tveganja je težavno tako pri laikih kot pri zdravstvenih delavcih (Owens in dr., 2005). V študiji Draper in dr. (2008) so pri 37 umrlih zaradi samomora svojci v približno polovici primerov zaznali spremembo v vedenju in možnost samomorilne ogroženosti, medtem ko se je zdravstveni delavec odločil za oceno samomorilne ogroženosti pri četrtini pacientov. Tudi nekateri ljudje, ki so obravnavani zaradi depresije, umrejo zaradi samomora, kar ne govori v prid mnenju, da je diagnosticiranje depresije ključnega pomena v preprečevanju samomora.

Prav tako je težko zasnovati in izpeljati intervencije, ker je malo znanega o skupini ljudi, ki so nekaj časa pred smrtjo obiskali zdravstvenega delavca – ne vemo, ali obstajajo kakšne posebnosti v njihovem vzorcu zdravljenja in ne poznamo dejavnikov tveganja (Pirkis & Burgess, 1998). Primanjkuje študij, ki bi orisale

značilnosti hospitaliziranih pacientov, ki umrejo zaradi samomora. Med njimi obstajajo velike razlike v diagnozah in prognozi (Ballard in dr., 2008).

Med starejšimi ljudmi, ki so umrli zaradi samomora, je bilo pogosto prisotno nezaupanje v zdravstvene usluge. Njihovo nezaupanje je vodilo v zavračanje pomoči in v manjšo pripravljenost, da bi sami poiskali pomoč. Redko so tudi spregovorili o svojih težavah in mnogi so izrazili občutek, da jih zdravstveno osebje ne razume (Kjølseth in dr., 2010; Owens in dr., 2005). Ker se starejši ljudje pogosto soočajo s težkimi boleznimi, se njihov občutek, da jim zdravstveni delavci ne morejo pomagati, velikokrat izkaže za upravičenega (Kjølseth in dr., 2010).

Stanistreet in dr. (2004) poročajo, da imajo mlajši moški v obdobju pred samomorom redko stik z zdravstvenimi delavci. Kot del preventive zato priporočajo spodbujanje mlajših moških, da se obrnejo na svojega splošnega zdravnika, kadar se znajdejo v čustveni stiski, kadar se soočajo s psihičnimi težavami in če imajo težave z zlorabo drog.

Samomorilno vedenje pogosto ni obravnavano ali pa je napačno obravnavano, saj ga redko prepoznamo ali pa je njegova obravnava povezana s stigmo, z zanikanjem, s krivdo, z jezo in s sramom (Lester, 2006; Mann in dr., 2005; WHO, 2003).

Veliko ljudem je težavno govoriti o stiski in samomorilnih mislih, kar ne preseneča, saj je bil samomor dolgo tabu, povezan z močnimi verskimi in s pravnimi sankcijami. K ambivalentnim stališčem do preprečevanja samomora prispevajo prepričanja, kot so (povzeto po WHO, 2003): *"Samomor je plemenit/vreden zaničevanja"*; *"Samomor je pogumno/strahopetno dejanje"*; *"Samomor je razumno/nerazumno dejanje"*; *"Samomor je klic na pomoč/znak zavračanja pomoči."* V veliko državah so šele v dvajsetem stoletju samomor prenehali obravnavati kot zločin. Pogosta so tudi prepričanja, da je samomor nemogoče preprečiti. Tabuji in čustva, ki jih samomor sproža, so pomembni faktorji, ki ovirajo razvoj preventivnih programov. Pri preprečevanju samomora moramo zato vzeti v ozir znanje tako na razumski kot na iracionalni ravni. Preko tega bomo omogočili, da se lotimo preventive znanstveno, klinično in praktično (isti vir).

Snovanje preventive samomorilnega vedenja prinaša mnogo izzivov tudi v Sloveniji. Med njimi najdemo: pogosto ne prepoznano depresije in samomorilne ogroženosti na nivoju primarnega zdravstva, samomorilnosti med starejšimi in mladostniki ter dejstvo, da je samomor tabu oz. nekaj, kar je globoko vtisnjeno v slovenski nacionalni karakter (povzeto po Roškar in dr., 2011; Ziherl & Pregelj, 2010).

### **1.3 POKLIC MEDICINSKE SESTRE IN ZDRAVSTVENEGA TEHNIKA**

V Republiki Sloveniji je medicinska sestra nosilec zdravstvene nege in oskrbe, pri čemer sodeluje tudi z drugimi strokovnjaki (Zbornica-zveza, 2014). Medicinske sestre predstavljajo najbolj zastopan poklic na področju zdravstvene nege (Laschinger, 2010). Izobrazba in kompetence medicinske sestre zajemajo (povzeto po Zbornica-zveza, 2014):

- *diplomirana medicinska sestra/višja medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik* ima zaključen visokošolski študij zdravstvene nege ter ji/mu je ustrezen organ podelil pravico za samostojno opravljanje dela v zdravstveni dejavnosti. Med kompetencami najdemo usposobljenost za zadovoljevanje potreb po zdravstveni negi in oskrbi, skrb za zdravstveno vzgojo in izobraževanje, organizacijo dela, razvojno raziskovalno dejavnost ter realizacijo diagnostično terapevtskega programa;
- *tehnik zdravstvene nege/zdravstveni tehnik/medicinska sestra* je oseba, ki je zaključila srednješolski strokovni program zdravstvene nege. Kompetence zajemajo opravljanje različnih strokovnih del v okviru zdravstvene nege zdravih in bolnih ljudi. Po navodilu medicinske sestre izvajajo postopke in posege zdravstvene nege.

#### **1.3.1 Delo v splošni ambulanti**

K delu izvajalcev zdravstvene nege v ambulanti družinske medicine spadajo (povzeto po Železnik, 2011):

- naročanje, triaža in sprejem pacientov;
- priprava pacientov in pomoč pri kurativnih in preventivnih pregledih;

- izvajanje postopkov zdravstvene nege in diagnostično terapevtskih posegov;
- sodelovanje pri preventivnih pregledih;
- zdravstveno-vzgojna dela;
- zdravstveno-administrativna dela;
- vodenje in nadzor nad zdravstveno dokumentacijo pacientov s predpisanim varovanjem podatkov;
- priprava prostorov, aparatov, pripomočkov in materialov.

### **1.3.2 Stres na delovnem mestu**

V ambulanti splošne medicine se izvajalci zdravstvene nege srečujejo z mnogimi obremenitvami, kot so (povzeto po Železnik, 2011):

- uvedba sistema naročanja "zahteva obvladovanje osebne, telefonske in elektronske komunikacije ter povečuje delovno obremenitev zaradi povečanega števila telefonskih klicev, zahtevnejše triaže in stresnih situacij naročanja" (isti vir, str. 15);
- v ambulantah je premajhno in neustrezno število zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege;
- zaradi naročanja pacientov na obiske, vodenja čakalne vrste in dajanja dodatnih informacij po telefonu, medicinska sestra opravi dodatnih 50–70 klicev na delovni dan;
- izvajanje tako velikega obsega dela vsiljuje manj kakovostno in manj varno izvajanje zdravstvene nege in zdravstvenih storitev ter stisko ob zahtevah po izvajanju kompleksnejše zdravstvene nege" (isti vir, str., 40).

Medicinske sestre se morajo ob zmanjševanju virov naučiti, kako narediti čim več iz malo sredstev, ne da bi pri tem ogrožale kvaliteto nege pacientov. Ob prevelikem obsegu dela in slabih delovnih pogojih sestre izražajo več nezadovoljstva v svojem poklicu (Laschinger, 2010).

Za zadovoljstvo na delovnem mestu so pomembni tudi odnosi na delovnem mestu. Pomanjkanje podpore s strani sodelavcev moti optimalno zdravstveno obravnavo pacientov in povzroča stres med sodelavci. Medicinske sestre so bolj zadovoljne s svojim delovnim mestom, če sodelujejo s sodelavci in če je zaposleno ustrezno osebje. Kadar so odnosi na delovnem mestu dobri, je tudi vpliv stresorjev (npr.



preveč dela in pomanjkanje nadzora nad svojim delom) na telesno in duševno zdravje zdravstvenih delavcev manjši. Nasprotno pa nevljudnost na delovnem mestu povzroča izgorelost ter negativno vpliva na fizično zdravje zaposlenih (Laschinger, 2010).

### **1.3.3 Vloga medicinske sestre v preprečevanju samomora**

V realnosti se s samomorilnim pacientom najprej srečajo medicinske sestre, ki niso zaposlene na psihiatriji (Hamel-Bissell, 1985). Vloga medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v odnosu do samomorilno ogroženega pacienta vključuje (povzeto po Talseth & Gilje, 2011): poslušanje, tolažbo, deljenje informacij z zdravniki in ostalimi sestrami, izboljševanje samomorilnih varovalnih ukrepov, oceno samomorilne ogroženosti in zahtevo po psihiatrični oceni, podporo pacientu, njegovi družini in znancem, opazovanje, terapevtske odnose in spraševanje po samomorilnem namenu.

Oviri na poti k preprečevanju samomora pri medicinskih sestrah sta: pomanjkanje virov (časa in števila zaposlenih) in potreba po protokolu s smernicami iz preprečitve samomora. Izobraževanje o preprečitvi samomorilnega vedenja veča znanje o samomoru in samozavest pri delu s samomorilnimi pacienti, povečuje občutek kompetentnosti za pogovor o samomorilnem vedenju in ceno samomorilne ogroženosti (Chan, Chien & Tso, 2009).

## **1.4 DOŽIVLJANJE SAMOMORA PACIENTA**

V Sloveniji je samomor pogost, zato je tudi ljudi, ki so doživeli samomor bližnjega, veliko (Grad, 1999). V tujini se za osebe, ki so doživele samomor bližnjega, uporablja izraz "*survivors of suicide*" oz. po slovensko "bližnji po samomoru". To so ljudje, ki so bili v sorodu z umrlim, njegovi sodelavci, prijatelji, sosedje, učitelji, splošni zdravniki, terapevti (če so bili deležni terapije) in ostali strokovnjaki s področja duševnega zdravja (isti vir).

Delo z ljudmi v stiski prinaša tveganje, da se zdravljenje zaključi s samomorom osebe. S samomorom pacienta se sooči več kot tretjina strokovnjakov v času usposabljanja oziroma specializacije, mnogi pa v nadaljnjih letih dela, nekateri tudi večkrat (Grad, 1999). Izkušnjo samomora pacienta ima več kot polovica psihiatrov

(Foley & Kelly, 2007) in več kot polovica medicinskih sester, ki so zaposlene na psihiatriji (Takahashi in dr., 2011). Samomor pacienta je eden najbolj travmatskih dogodkov v profesionalnem življenju zdravstvenega delavca (Grad, 1999).

Doživljanje samomora je odvisno od (povzeto po Grad, 2011): spola in starosti žalujočega, življenjskega obdobja v katerem se nahaja, časa, ki je minil od samomora, izpostavljenosti trupu neposredno po smrti, samomorilne metode, predvidevanja dejanja (glede na predhodne grožnje, poskuse ali duševno bolezen umrlega), razpoložljive družbene podpore in od osebnosti žalujočega.

Na doživljanje strokovnih delavcev ob samomoru pacienta vplivajo (povzeto po Grad, 1999 in Hamel-Bissell, 1985): pogostost in intenzivnost dela s pacientom, predvidljivost samomora, prisotnost stalne supervizije, razlaga pacientovega samomora, trajanje zaposlitve v času samomora in osebna zrelost. Vera, kraj dela in nivo izobrazbe nimajo pomembnega vpliva.

#### **1.4.1 Doživljanje samomora pacienta pri medicinskih tehnikih**

Posameznikova reakcija na samomor je zelo individualna in se v intenzivnosti in trajanju razlikuje pri vseh žalujočih (Grad, 2011). Čustva in misli ob samomoru pacienta so pri medicinskih tehnikih različna in niso prisotna pri vseh (Hamel-Bissell, 1985; Talseth & Gilje, 2011).

Hamel-Bissellova (1985) opisuje vzorec, ki se pojavlja v doživljanju psihiatričnih medicinskih sester ob delu s samomorilnimi pacienti. Ko se sestre prvič spoznajo s pojavom samomora nasploh, se soočajo z občutki presenečenja, pomanjkanja razumevanja, izogibanja in zanikanja. Ti občutki se ponovno pojavijo, kadar delajo s samomorilnimi pacienti. Nekatere poročajo, da imajo težave govoriti o poskusu samomora s pacientom ter občutijo zmedo in nemoč. Če imajo priložnost izraziti čustva, se učiti o psihičnih boleznih ter če imajo možnost pogovora z izkušenimi kliniki, potem občutijo manj tesnobe, več razumevanja in nadzora in več samozavesti ob stiku s pacienti. Kljub temu pa ob delu s samomorilnimi pacienti pogosto občutijo strah in tesnobo. Sestre se sčasoma začnejo čutiti odgovorne za preprečitev samomora pacienta in če do samomora pride, se sprašujejo, kaj so storile narobe. Če sestre nimajo možnosti izraziti svojih čustev, potem lahko pride

z njihove strani do distanciranja, izgorelosti ali odhoda z delovnega mesta. Sestre sčasoma začnejo sprejemati samomor kot tveganje, ki je vedno prisotno v psihiatričnih bolnišnicah. Ob izgubi pacienta občutijo žalovanje, vendar ob tem ne čutijo krivde ali odgovornosti. Opisan vzorec se ne pojavlja pri vseh medicinskih sestrah, na naravo doživljanja pa imata največji vpliv čas trajanja zaposlitve in zrelost, medtem ko vera, kraj dela in nivo izobrazbe nimajo pomembnega vpliva.

Medicinski tehniki ob samomoru pacienta doživljajo stisko, jezo, krivdo, nemoč, strah, tesnobo, paniko, osamljenost, žalost in obžalovanje. Obremenjujejo se z mislijo, da so odgovorni za pacientovo smrt (Takahashi in dr., 2011).

Kadar imajo pacienti za seboj več poskusov samomora, medicinski tehniki čutijo, da je bil njihov trud zaman in vidijo ponovni poskus samomora kot nazadovanje. Doživljajo jezo ter se sprašujejo, ali je pomanjkanje izboljšanja stanja pri pacientih posledica njihove nezadostnosti. Če so imeli občutek, da jim znanje, ki so ga pridobili, ne pomaga, potem se je zmanjšal njihov občutek poguma in entuziazma (Tzeng, Yang, Tzeng, Ma & Chen, 2010).

Medicinske sestre in ostali zdravstveni delavci pogosto dojemajo izražanje čustev kot predajo šibkosti in izražanje nemoči drugim. Sestre se bojijo, da bo izražanje šibkosti oškodovalo njihov profesionalni ugled in to je eden izmed razlogov zaradi katerega ne govorijo o svojih čustvih (Takahashi in dr., 2011).

14 % sester, ki se spomnijo primera samomora pacienta, je poročalo o simptomih posttravmatske stresne motnje. Najmočnejše so bili izraženi naslednji simptomi: podoživljanje čustev, ko se spomnijo na samomor; zavesten trud, da ne bi razmišljale o izkušnji s samomorom in občutek, da so "na preži" (Takahashi in dr., 2011).

#### **1.4.2 Doživljanje samomora pacienta pri ostalih zdravstvenih delavcih**

Raziskave o doživljanju samomora pacienta se največkrat osredotočajo na doživljanje psihiatrov, splošnih zdravnikov in psihoterapevtov. Izkušnja samomora pacienta ima lahko posledice na osebni in na profesionalni ravni. Te so pri različnih zdravstvenih delavcih zastopane v različnem deležu, prav tako se ne pojavljajo pri

vseh (Grad, b. l.). Vpliv samomora pacienta čez daljše časovno obdobje pojenja (Foley & Kelly, 2007; Gulfi, Dransart, Heeb & Gutjahr, 2010).

Vpliv samomora pacienta na osebni ravni vključuje občutke stresa, krivde, jeze, sramu, šoka, žalosti, dvoma in preišljevanja o sebi. Pojavljajo se težave s spanjem, nejevolja, razdražljivost, težave v odnosih, zmanjšana samozavest, okrnjena samopodoba, upad socialnih stikov, simptomi posttravmatske stresne motnje in izolacija. Kljub temu da zdravniki menijo, da niso storili nič narobe, se sprašujejo, ali so morda spregledali kak opozorilen znak in ali bi morali ravnati drugače (Davidsen, 2011; Foley & Kelly, 2007; Kendall & Wiles, 2010). Večje presenečenje izražajo, kadar je svoje življenje končal pacient, ki je navajal somatske težave in ni bil zdravljen kot depresiven (Davidsen, 2011).

Vpliv na profesionalni ravni se kaže v strahu pred negativnimi posledicami na njihovo kariero in ugled, pred pravnimi posledicami dejanja in odškodnino. Samomor pacienta vpliva tudi na večjo pozornost na znake samomorilnega vedenja, bolj podrobno zapisovanje in komunikacijo, občutke dvoma ter razmišljanje o zgodnji upokojitvi (Foley & Kelly, 2007; Kendall & Wiles, 2010). Pojavljajo se občutki lastne neuspešnosti, nemoči, omejenosti lastnega znanja in strahu pred reakcijami svojcev umrlega (Grad, 1999).

Splošni zdravniki menijo, da se ob samomoru pacienta išče krivca in da je najlažje okriviti splošnega zdravnika. Izražajo občutek pritiska glede preprečevanja samomora in hkrati občutijo, da imajo pri tem omejeno moč, saj je ocena samomorilne ogroženosti odvisna od pacientove iskrenosti in od zanašanja na verjetnosti in povprečja (Kendall & Wiles, 2010).

Kljub stiski, ki jo povzroča samomor pacienta, zdravniki o tem ne želijo govoriti s svojimi sodelavci, saj čutijo, da kultura, v kateri so vzgojeni, zavira razpravo o napakah. Zdravnikom je težko govoriti o svojih negotovostih, ker jih skrbi, da bodo zaznani kot nekompetentni. Posledično s svojimi sodelavci ne delijo svojih čustev in misli (Kendall & Wiles, 2010). Enaki pomisleki se pojavljajo tudi pri medicinskih sestrah (Takahashi in dr., 2011). Za varnost pacientov je pomembno,

da se namesto iskanju krivcev posvetimo odprti in iskreni diskusiji ter učenju iz napak (Kendall & Wiles, 2010).

V raziskavi (Gulfi in dr., 2010) o vplivu samomora na zdravstvene delavce (zajeti so bili splošni zdravniki, psihiatri, medicinske sestre, socialni delavci in psihologi) so ugotovili, da ima samomor pacienta nizek do zmeren vpliv na zdravstvene delavce. Najbolj izrazit je vpliv na njihovo *občutljivost na znake samomorilnega vedenja in anksioznost ob delu s samomorilno ogroženimi pacienti*. Sledijo *povečani občutki nemoči ob delu s samomorilno ogroženimi pacienti, povečana zaskrbljenost glede lastne kompetentnosti za delo s samomorilno ogroženimi pacienti ter ocenjevanje večjega števila pacientov kot samomorilno ogroženih*. Najmanjši vpliv je izkušnja samomora pacienta imela na občutek krivde. Samomor pacienta je imel večji vpliv na zdravstvene delavce, ki so se počutili odgovorne za pacienta ali pa so si bili z njim blizu. Prav tako je bil ocenjen vpliv večji pri ženskah in mlajših strokovnjakih.

#### **1.4.3 Stališča do samomora in do samomorilnega pacienta**

Pregledna študija (Talseth & Gilje, 2011) o stališčih medicinskih sester do samomora in do samomorilno ogroženih pacientov je pokazala, da na stališča vplivajo starost, višina izobrazbe in vernost. Bolj pozitivna stališča o samomoru in samomorilnih pacientih so izkazovale medicinske sestre in zdravstveni tehniki, ki so bili starejši, bolj izkušeni, tisti, ki so dosegli višji nivo izobrazbe, in tisti, ki niso bili verni. Sestre, ki so pogosto skrbele za samomorilne paciente, so izražale bolj empatična stališča. Med sestrami, ki so zaposlene na psihiatriji, in tistimi, ki so zaposlene v somatski oskrbi, ni bilo pomembnih razlik v razumevanju samomorilnih pacientov.

Nekatere medicinske sestre vidijo pacientovo odločitev za samomor kot racionalno, razumljivo in upravičeno, medtem ko druge vidijo samomor kot poskus pobega, manipulacijo, iskanje pozornosti in predajo (Talseth & Gilje, 2011).

Samomorilnega pacienta sestre vidijo kot avtonomno, duševno bolno, obupano in depresivno osebo, ki ne išče pozornosti. Vidijo jo kot osebo z občutki notranje

stiske, s težavami v komunikaciji, umaknjeno iz družbe, prevzeto s smrtjo in kot trpečo osebo (Talseth & Gilje, 2011).

Med pacienti po poskusu samomora je bilo nekaj takšnih, ki so jih medicinski tehniki doživljali kot težavne in jih opisovali kot osebnostno motene, "iskalce pozornosti", "zapravljalce časa" ali kot "nadležneže" (Tzeng in dr., 2010).

Paciente, ki imajo za seboj poskus samomora, medicinski tehniki doživljajo kot zelo občutljive in takšne, ki ves čas preverjajo, ali je odnos medicinskih tehnikov do njih iskren (Tzeng in dr., 2010).

#### **1.4.4 Intervencije za zdravstvene delavce po samomoru pacienta**

Samomor pacienta lahko vpliva na zdravstvene delavce, ki so skrbeli za pacienta. Zdravstveni delavci, ki so skrbeli za pacienta, so imeli z umrlim vzpostavljene različne odnose, zato se tudi njihove reakcije ob samomoru in intenzivnost reakcij razlikujejo. Ob snovanju pomoči za zdravstvene delavce moramo zato upoštevati različne potrebe in pričakovanja (Grad, b. l.).

Da zmanjšamo vpliv samomora na zdravstvene delavce, bi morali zagotoviti pogoje, vezane na (povzeto po Grad, b. l.):

- administracijo (sem spadajo npr. poročilo o obravnavi pacienta, pregled dela s pacientom, dajanje informacij svojcem o pomoči, ki jim je na voljo, pregled pravnih in etičnih zadev ter formalnosti);
- ustanovo (sem spadajo npr. podpora za zaposlene, na katere je samomor imel vpliv; zagotavljanje visokega nivoja storitev; določanje ključnih oseb za pregled primera; določanje dejanj, ki so v podporo pacientovi družini);
- izobraževanje (sem spadajo npr. možnost, da delavci pregledajo primer samomora skupaj z zunanjim ali notranjim svetovalcem in preko tega razumevanje možnih dejavnikov tveganja pri samomoru; zagotavljanje izobraževanja o samomorilnem vedenju in možnih intervencijah; izobraževanje o intervencijah za bližnje po samomoru);
- čustva (sem spada npr. omogočanje delavcem, da prepoznajo, razumejo, sprejmejo in izrazijo čustva, ki jih občutijo do umrlega pacienta in do sebe kot do osebe, ki je bila vpletena v obravnavo; omogočanje zavedanja, kako se ljudje

soočajo s čustvi ob izgubi; zmanjšanje strahu pred pravnimi posledicami in razprava, kaj lahko pričakujejo, če pride do tožbe; omogočanje razumevanja, da ima zdravstveni delavec omejeno vlogo nad pacientovim vedenjem; omogočanje razumevanja, da bo izkušnja samomora pacienta morda vplivala na njihovo delo in profesionalno identiteto).

Medicinske sestre spadajo med strokovnjake, na katere lahko ima samomor pacienta velik vpliv, saj pogosto dobro poznajo paciente in njihove svojce (Grad, b. l.).

Grad (b. l.) priporoča, da pomoč nudimo čim prej, kar pa ni vedno možno. Nepredelane čustvene izkušnje lahko imajo škodljive posledice za paciente (odpor do dela s samomorilnimi pacienti, nezaupanje v resnost groženj) in za zdravstvenega delavca (simptomi izgorelosti, izguba motivacije za delo).

Kot obvezno pomoč bi institucije morale zagotoviti skupinsko srečanje, kjer bi se vodja diskusije osredotočal na (povzeto po Grad, b. l.): pregled zadnjih dogodkov in vedenja pacienta; kako člani tima razumejo odločitev pacienta za samomor; kako člani vidijo sebe v odnosu do pacienta, omogočanje izražanja čustev in skrbi), nevtralizacija možnih obtožb in občutkov krivde. Odločitev za možnost supervizije naj bo prepuščena skupini. Tisti, ki želijo individualno ali skupinsko svetovanje, naj dobijo to možnost.

#### *1.4.4.1 Možnosti čustvene razbremenitve*

Takahashi in dr. (2011) menijo, da bi morale postvencijske<sup>2</sup> aktivnosti omogočati besedno izražanje emocionalne stiske žalujočih. Skupinska srečanja medicinskih sester pomagajo pri spoznanju univerzalnosti žalovanja in zmanjšujejo samoobtoževanje in pretiran občutek odgovornosti (Valente & Saunders, 2002). Zavedanje emocionalnih odgovorov veča pripravljenost medicinskih sester za

---

<sup>2</sup> Postvencija pomeni pomoč po stresni in nevarni situaciji (tudi po samomorilnem vedenju), pri čemer želi zmanjšati potencialne travmatične učinke po samomoru. Navadno traja nekaj mesecev po dogodku in ima skupne značilnosti s psihoterapijo (Poštuvan, V tisku).

pridobivanje znanja in razvijanje odgovornosti, povezane s strokovno vlogo (Gilje & Talseth, 2007).

Reakcije, ki jih strokovni delavci doživljajo po samomoru pacienta, morajo pri sebi prepoznati, imeti možnost govoriti o njih ter jih na svoj enkratni način predelati (Grad, 1999).

Ob izkušnji samomora pacienta psihiatrom pomaga posvetovanje s sodelavci in podpora družine in prijateljev, sodelavcev in ostalih psihiatrov. Tretjini psihiatrov je bila v pomoč tudi družina pacienta. Večina podpore pri psihiatru je neformalne (družina in prijatelji, sodelavci) (Foley & Kelly, 2007).

#### *1.4.4.2 Pričakovanja ob izkušnji samomora pacienta*

Medicinske sestre ob izkušnji samomora izražajo želje, kot so (povzeto po Talseth & Gilje, 2011): dovolj časa in osebja za kvalitetno nego pacientov; čas za refleksijo o samomoru; priložnost za izražanje čustev; informacije s strani sodelavcev; izobraževanje s področja komunikacijskih veščin, medosebnih odnosov in obravnavi samomorilnih pacientov. Želijo si tudi vire vezane na preprečevanje samomora in razbremenitev zase, v smislu odmora, smeha in humorja.

Medicinske sestre si želijo več izobrazbe na področju samomora pacienta, več veščin, znanja in možnost posvetovanja z ostalimi osebami ter programov s področja duševnega zdravja, ki bi bili namenjeni zdravstvenim delavcem, ki imajo za seboj težke izkušnje (Takahashi in dr., 2011).

## **1.5 NAMEN DELA IN SPECIFIČNI CILJI**

Predmet raziskovanja magistrskega dela je preučiti, kako medicinski tehniki doživljajo samomor. Zanima nas tudi, kako so medicinski tehniki doživeli izkušnjo s pacientom, ki je umrl zaradi samomora. Spoznanja želimo povezati v enoten model razumevanja njihovega doživljanja.

V magistrskem delu želimo:

- ugotoviti, kako medicinski tehniki doživljajo samomor in kako doživljajo svojo izkušnjo s pacientom, ki je umrl zaradi samomora;



- prispevati k razumevanju razsežnosti, ki jih samomor prinaša.

Cilji magistrskega dela so ugotoviti:

- kako medicinski tehniki doživljajo samomor;
- kako medicinski tehniki doživljajo zadnji stik s pacientom, ki je umrl zaradi samomora;
- kako medicinski tehniki doživljajo svojo vlogo v odnosu do pacienta, ki je umrl zaradi samomora.

V magistrskem delu smo si zastavili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kako medicinski tehniki doživljajo samomor?
- Kako si medicinski tehniki razlagajo dejavnike tveganja za samomor?
- Koliko je medicinskim tehnikom pomembno duševno stanje svojih pacientov?
- Kakšna čustva doživljajo medicinski tehniki, kadar izvedo za samomor pacienta?
- Kako so medicinski tehniki doživeli zadnji stik s pacientom, ki je umrl zaradi samomora?
- Kako medicinski tehniki doživljajo svojo vlogo v odnosu do pacienta, ki je umrl zaradi samomora?
- Kako si medicinski tehniki razlagajo, da so simptomi samomorilnega vedenja pogosto spregledani?
- Kako medicinski tehniki doživljajo vlogo organizacije pri svojem delu?
- Kako se medicinski tehniki razbremenijo ob stresnih dogodkih, kot je samomor pacienta?

## **2 METODA**

V magistrskem delu smo uporabili metodo *utemeljene teorije* (angl. *grounded theory*), ki se uvršča med kvalitativne metode raziskovanja. "S kvalitativnimi metodami poskušamo razumeti predmet svojega raziskovanja." (Poštuvan, V tisku, str. 79). Metoda utemeljene teorije je primerna za preučevanje individualnih procesov, medosebnih odnosov in vzajemnih odnosov med posamezniki in večjimi

družbenimi procesi. Uporabna je za preučevanje tipičnih socialno psiholoških tem (motivacije, osebne izkušnje, čustev, identitete, predsodkov, medosebnega sodelovanja ipd.) (Charmaz, 1996), zato smo jo kot način analize uporabili v našem delu. Podatke za študijo smo pridobili s pomočjo polstrukturiranega intervjuja.

## **2.1 Utemeljena teorija**

V svojem bistvu je utemeljena teorija metoda analize podatkov z namenom izgradnje teorije (Charmaz, 2006). Utemeljena teorija kot metoda pomeni način zbiranja podatkov in niz sistematičnih postopkov za upravljanje s podatki. Preko preučevanja podatkov razvijamo vedno bolj abstraktne konceptualne kategorije, preko katerih povzemamo, razlagamo in poskušamo razumeti pojave ter odkrivamo odnose znotraj podatkov. Končen del tega procesa je razvoj teorije, ki nam daje eksplanatorni okvir s pomočjo katerega razumemo pojav, ki ga preučujemo (isti vir). "Delovne hipoteze, teorijo in zaključke, ki temeljijo na zbranih in analiziranih podatkih, po tej metodi oblikujemo sproti" (Poštuvan, V tisku, str. 84).

V nadaljevanju opisujemo glavne komponente utemeljene teorije ter proces analize podatkov (povzeto po Charmaz, 2006 in Willig, 2008):

Kategorije so pomenske enote dogodkov, procesov ali pojavov, ki imajo skupne značilnosti. Lahko so deskriptivne (označujejo oz. opisujejo pojav) ali pa analitične (interpretirajo pojav). Kategorije temeljijo na podatkih, lahko se prekrivajo med seboj in spreminjajo skozi raziskovalni proces.

Kodiranje je proces definiranja, kaj podatki vsebujejo. Preko kodiranja določimo kategorije. Ločimo štiri nivoje kodiranja oz. analize:

1. Začetno kodiranje pomeni poimenovanje manjših segmentov podatkov (pregledamo vsako vrstico ali vsak dogodek). Podatkom damo ime oz. kodo (praviloma izraženo v glagolniku), ki se tesno prilega podatkom in razlaga vsebino podatkov. Manjše enote podatkov kot kodiramo, bolj naša analiza temelji na podatkih.
2. Fokusirano kodiranje pomeni uporabo najbolj pomembnih in/ali pogostih začetnih kod. Pregledamo, katere začetne kode imajo največjo

analitično moč (katere kategorizirajo podatke najbolj prodorno in celostno) in jih uporabimo za nadaljnjo analizo.

3. Kodiranje po osi pomeni povezovanje kategorij s podkategorijami. Preko kodiranja po osi razvrščamo, spajamo in organiziramo velike količine podatkov. Pri tem jih ponovno sestavimo. Preko kodiranja po osi odgovarjamo na vprašanja, kot so: kdaj, kje, zakaj, kdo, kako ipd.
4. Teoretično kodiranje pomeni konceptualizacijo povezav med kodami, kar pomeni, da določamo možne odnose med kategorijami, ki smo jih razvili s pomočjo fokusiranega kodiranja.

Na začetku analize uporabljamo bolj opisne kode, preko nadaljevanja analize pa odkrivamo višje kategorije, ki sistematično integrirajo nižje kategorije v smiselne pomenske enote (dobimo analitične kategorije). Kategorije tako slonijo na podatkih in ne na obstoječih teoretičnih formulacijah, kar je bistvena prednost utemeljene teorije.

Preko nenehne primerjave podatkov s podatki (npr. primerjamo udeleženčeva prepričanja, držo ali pa dejanja z ostalimi udeleženci ali eno izkušnjo z drugo) določimo značilnosti kategorij in odnosov med njimi (iščemo podobnosti in razlike med kategorijami). Značilnosti združimo v kategorijo in nato iščemo raznolikosti znotraj kategorije in preko tega identificiramo podkategorije. Nenehna primerjava nam omogoča, da povežemo in integriramo kategorije na način, da v teorijo vključimo vse raznolikosti, ki se pojavljajo.

V utemeljeni teoriji uporabljamo teoretično vzorčenje, kar pomeni, da zbiramo nadaljnje podatke z namenom razvijanja teorije in ne z namenom doseči posplošitev rezultatov. Podatke zbiramo glede na kategorije, ki so se pojavile med analizo podatkov. S tem preverjamo pojavljajočo se teorijo z vidika realnega sveta – iščemo podatke, ki izzivajo ali dopolnjujejo naše ugotovitve. Teoretično vzorčenje uporabimo za dodelavo kategorij in teoretično saturacijo. Proces zbiranja in analiziranja podatkov nadaljujemo, dokler ne dosežemo teoretične saturacije (dokler se ne nehajo pojavljati nove kategorije in nove značilnosti obstoječih kategorij). Popolne teoretične saturacije ni moč doseči, saj je kategorije vedno možno nekoliko spremeniti ali prilagoditi.

Skozi ves proces zbiranja in analize podatkov pišemo zaznamke (angl. *memos*). Zaznamke lahko pišemo o definicijah kategorij, odnosih med njimi, o raziskovalnem procesu in ugotovitvah ter naših refleksijah. Pisanje zaznamkov nam pomaga predvsem pri razvijanju teorije, povečuje pa tudi veljavnost raziskave, saj omogoča večjo transparentnost procesa.

## 2.2 Raziskovalni vzorec

V raziskavi so sodelovale medicinske sestre, ki imajo izkušnjo, da je pacient umrl zaradi samomora. Moškega spola nismo namerno izključevali. Na izključno ženski vzorec vpliva, da je v splošnih ambulantah zaposlenih zelo malo zdravstvenih tehnikov, ki pa se niso odzvali na vabilo.

Večina medicinskih sester (63 %) je trenutno zaposlenih v splošni oz. družinski ambulanti, nekatere pa imajo izkušnje tudi iz drugih področij (npr. dežurna ambulanta, patronaža, medicina dela). Ena medicinska sestra je zaposlena kot patronažna sestra in ena kot odgovorna sestra enote doma upokojencev. Povprečna starost udeleženk v času intervjuja je bila 48,8 let. 27 % udeleženk je diplomiranih medicinskih sester in 73 % srednjih medicinskih sester.

Od 14 izvedenih intervjujev smo jih v analizi uporabili 11. Trije intervjuji (P12, P13, P14) niso bili vključeni v analizo, ker sodelujoče niso imele izkušnje s samomorom pacienta (le-ta je za našo študijo pogoj, da lahko raziskujemo v skladu z namenom našega magistrskega dela). Z udeleženkami smo kljub temu izvedli intervju in ga prilagodili (izpustili smo del, ki se nanaša na doživljanje samomora pacienta), vendar smo ju izključili iz nadaljnje vsebinske analize.

Tabela 1. *Socio-demografske podrobnosti udeležencev*

Oznaka	Datum intervjuja	Starost <sup>a</sup>	Izobrazba <sup>b</sup>	Zaposlitev <sup>c</sup>	Kraj <sup>d</sup>	Regija <sup>e</sup>
P1	12. 4. 2014	48	DMS	3	1	1
P2	20. 5. 2014	49	DMS	1d	1	2
P3	20. 5. 2014	39	SMS	1a, 1c	1	2
P4	20. 5. 2014	48	DMS	1b, 1e	1	2
P5	27. 5. 2014	52	SMS	1a	1	3
P6	27. 5. 2014	58	SMS	1a, 1b	1	3

P7	28. 5. 2014	51	SMS	Prej: 1a Zdaj: 1g	1	1
P8	4. 6. 2014	50	SMS	1a, 1e	2	3
P9	4. 6. 2014	55	SMS	Zdaj: 1a Prej: 1b	2	3
P10	4. 6. 2014	51	SMS	Prej: 2a, 2b Zdaj: 1a	2	3
P11	5. 6. 2014	36	SMS	Zdaj: 2a Prej: 2a	2	1
P12	27. 5. 2014	58	SMS	1a	1	3
P13	27. 5. 2014	47	VMS	1d, 1f	1	3
P14	4. 8. 2014	52	DMS	1d	2	4

Opombe:<sup>a</sup>Starost se nanaša na starost udeleženke v času intervjuja; <sup>b</sup>Oznake pri spremenljivki Izobrazba pomenijo: DMS – diplomirana medicinska sestra, SMS – srednja medicinska sestra; VMS – višja medicinska sestra; <sup>c</sup>Oznake pri spremenljivki Zaposlitev pomenijo: 1 – Zdravstveni dom, 2 – Zasebna ambulanta, 3 – Dom upokojujencev; a – Splošna ambulanta, b – Dežurna ambulanta, c – Delo na terenu, d – Patronaža, e – Medicina dela, f – referenčna ambulanta, g – sprejem; kadar je bilo relevantno, smo zapisali prejšnjo zaposlitev z oznako *Prej* in dodali zdajšnjo zaposlitev z oznako *Zdaj*; <sup>d</sup>Kraj se nanaša na kraj zaposlitve, znaki pa pomenijo: 1 – kraj v Sloveniji, ki ima manj kot 10.000 prebivalcev, 2 – kraj v Sloveniji, ki ima več kot 10.000 prebivalcev; <sup>e</sup>Oznake pri spremenljivki Regija pomenijo: 1 – Podravska, 2 – Jugovzhodna Slovenija, 3 – Gorenjska, 4 – Pomurska.

### 2.3 Pripomočki

Podatke smo zbrali s tehniko polstrukturiranega intervjuja, ki omogoča raziskovanje določenih aspektov življenja ali izkušnje. Kompatibilna je z različnimi metodami analize podatkov, med drugim tudi z utemeljeno teorijo (Willig, 2008).

Polstrukturirani intervju zajema značilnosti strukturiranega intervjuja (vnaprej pripravljena shema vprašanj) in značilnosti neformalnega pogovora (odprta vprašanja ter poudarek na zgodbi in izkušnji) (Willig, 2008).

Na podlagi teoretičnih predpostavk in priporočil glede poteka intervjuja v Charmaz (2006) smo razvili vprašanja za intervju (Tabela 2). Izvedli smo pilotski intervju, kjer smo dobili povratno informacijo o izčrpnosti preučevanih tem, zato nismo vključili dodatnih vprašanj.

Oblikovali smo pet glavnih tem, ki so se navezovale na doživljanje samomora in na doživljanje izkušnje s pacientom, ki je umrl zaradi samomora. Nekatera vprašanja so se nanašala tudi na ovire ali podporo s strani sistema ter na razbremenitev ob stresnih dogodkih. Na koncu intervjuja smo uporabili zaključna vprašanja, kjer smo

udeležencem dali priložnost, da izrazijo vsebine ali vprašanja, ki jih tekom intervjuja niso imeli priložnosti izraziti. V zaključnem delu smo preverili tudi počutje udeleženk po intervjuju.

Začetna vprašanja smo glede na teme, ki so se ob intervjujih in analizi podatkov pojavljale, dogradili, kar je v skladu z načeli utemeljene teorije. Vprašanja, ki smo jih dodali, smo v tabeli označili z zvezdico.

Tabela 2: *Teme v intervjuju in primeri konkretnih vprašanj*

Tema	Primeri vprašanj
UVOD	Kakšna je vaša vloga v službi? * Kako dolgo ste zaposleni? Kaj vam je padlo na misel, ko smo vas povabili?
1 MNENJE O SAMOMORU	Kaj vam pade na misel ob besedi samomor? Kaj si na splošno mislite o samomoru? * Kaj menite o ljudeh, ki so umrli zaradi samomora? Kakšni menite, da so dejavniki tveganja za samomor?
2 DOŽIVLJANJE SAMOMORA PACIENTA	Ali imate izkušnjo, da je pacient iz vaše ambulante ali oddelka storil samomor? – (če je več izkušenj: Mi lahko opišete, kako je bilo nazadnje, ko ste imeli tako izkušnjo?) – Mi lahko poveste kaj več o tem? – Kdaj je to bilo? – Kako ste izvedeli za ta dogodek? Kakšne misli/čustva so vas obdajala, ko ste izvedeli za samomor pacienta? Ali je ta izkušnja imela kakšen vpliv na vas? Se je pri vas kaj spremenilo, odkar ste imeli to izkušnjo?
3 ZADNJI STIK	Se spomnite morda zadnjega obiska pacienta, ki je storil samomor, pri zdravniku? Kaj se spomnite? Ali se spomnite kakih dogodkov v zvezi s pacientom, ki so sledili pred samomorom? Ste imeli kdaj občutek, da bi morali več narediti za tega pacienta? Kako si razlagate, da v službi pogosto spregledamo simptome samomorilnega vedenja? Kako si razlagate, da med domačimi spregledamo simptome?
4 SISTEM	Se ob sprejemu pacienta zanimate tudi za njegovo duševno stanje? Se s pacienti kdaj pogovarjate o poskusu samomora? Se morda s pacientovimi svojci pogovarjate o poskusu samomora? Ali se zaradi organizacije dela soočate s kakšnimi težavami? * Koliko časa vam služba (organizacija dela) omogoča, da ste lahko s pacientom? * Kaj se vam pri vašem delu zdi najbolj stresno? Če se znajdete v dilemi ali težavah v službi, se lahko na koga obrnete? Se lahko s kom pogovorite? Kakšna pričakovanja imate do delodajalcev glede dogodkov, kot je samomor pacienta?

5 RAZBREMENITE V	Kako se razbremenite, kadar ste zaradi svojega dela izpostavljeni žalostnim dogodkom ali zgodbam? – Kaj vam pomaga? – Kdo vam je najbolj v pomoč? Ali imate podporo s strani organizacije? Kaj se vam zdi najbolj pomembno pri vašem delu?
ZAKLJUČNA VPRAŠANJA	Je še kaj, kar vam je padlo na misel med intervjujem? Bi radi še sami kaj dodali, da bi lahko bolje razumela vašo izkušnjo? Se vam je pojavilo kakšno vprašanje? Kako se počutite zdaj? Kaj boste počeli danes?

## 2.4 Postopek

### 2.4.1 Nabor udeležencev

Vabilo za sodelovanje pri raziskavi (Priloga 6.1) smo maja 2014 z uvodnim dopisom poslali na stalne naslove vseh zdravstvenih domov v Sloveniji ter v nekatere splošne ambulante, zdravstvene postaje in zdravstvene enote. Omenjene institucije smo povabili tudi preko elektronske pošte (Priloga 6.1), v kolikor so imele dostopen elektronski naslov (ki ni bil namenjen naročanju pacientov). Preko elektronske pošte smo posredovali vabilo tudi Sekciji medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v splošni medicini, Zvezi društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter posameznim društvom, ki so združena v Zvezo društev. V obdobju dveh tednov od pošiljanja vabil smo vabljeni ustanove kontaktirali preko telefona, z namenom, da bi pridobili večje število udeležencev in da bi razjasnili morebitna vprašanja vezana na raziskavo. Pri kontaktiranju s pomočjo telefona smo upoštevali regije, iz katerih je institucija, saj smo želeli, da je vzorec razdrobljen po celotni Sloveniji. Medicinskih sester iz regij, ki v našem vzorcu niso zajete, nismo namensko izločevali, temveč pri raziskavi niso želele sodelovati. Vzorec intervjuvancev smo prenehali pridobivati, ko smo dosegli zasičenost teorije.

Pri naboru udeležencev smo uporabili stratificirano namensko vzorčenje, katerega namen je orisati karakteristike v določeni podskupini in s tem olajšati primerjavo. V našem primeru to pomeni, da smo za vzorec izbrali medicinske sestre, ki imajo za seboj izkušnjo samomora pacienta. Uporabili smo tudi metodo snežne kepe, kjer smo medicinske sestre, ki so sodelovale v študiji in znance prosili, da posredujejo vabilo osebam, ki bi jih sodelovanje utegnilo zanimati.

#### **2.4.2 Informirano soglasje**

Udeleženke smo pred začetkom intervjuja seznanili z namenom raziskave ter potekom intervjuja. Seznanili smo jih z možnostjo, da lahko sodelovanje kadarkoli prekinejo in jih prosili za podpis izjave o zavestni in svobodni privolitvi k sodelovanju v raziskavi (Priloga 6.2). Intervjuje smo snemali, s čimer smo intervjuvanke seznanili pred začetkom intervjuja.

#### **2.4.3 Izvedba intervjujev**

Intervjuje smo izvajali v obdobju od aprila 2014 do avgusta 2014. Povprečna dolžina snemanega intervjuja (brez neformalnega spoznavanja in poslavljanja) je bila 35 minut. Intervjuje smo izvedli v službenih prostorih udeleženek, pilotskega pa na stalnem naslovu udeleženke. Zagotovljene smo imeli pogoje za mirno in zaupno izvajanje intervjujev. Razen občasnega zvonjenja telefonov na delovnih mestih, ni bilo motečih dejavnikov.

Pri izvajanju intervjujev smo se držali okvirne strukture tem in vprašanj, vendar smo jih postavljali v vrstnem redu, ki je bil smiseln glede na potek pogovora. Za doseganje večjega razumevanja določenih aspektov izkušnje smo si pomagali s podvprašanji in z dodatnimi vprašanji. Izhodiščna vprašanja smo po potrebi drugače formulirali. Na koncu intervjuja smo preverili počutje udeleženke. V primeru, da bi katera izrazila slabo počutje, smo imeli pri sebi seznam virov pomoči.

#### **2.4.4 Snemanje in transkripcija intervjujev**

Zaradi analize podatkov je intervju potrebno snemati (Willig, 2008). Posnete intervjuje smo dobesedno prepisali (pretipkali). Pri tem smo si pomagali s programom Express Scribe, ki nam omogoča ustrezno kontrolo nad predvajanjem posnetkov (reguliramo lahko hitrost in ponavljanje zvočnega materiala).

Sistem prepisovanja intervjujev (transkribiranja) smo prevzeli od Poštuvan (V tisku, str. 90) in ga nekoliko prilagodili našim potrebam.

Tabela 2: *Način transkribiranja intervjujev*

Oznaka s primerom	Opis oznake	Pomen
(5)	Število v oklepaju	Pavza (trajanje v sekundah: 5)
(...)	Tri pikice v oklepaju	Nerazumljiv tekst



(mačka)	Tekst v oklepaju	Nerazumljiv tekst razumljen kot ...
((smeh))	Dvojni oklepaj z opisom paralingvističnih fenomenov	Komentar na paralingvistične fenomene, kot so vzdih, kašljanje itd. oz. na način govora, kot je npr. ironičnost
NE	Poudarjene besede	Poudarjena teža na besedi oz. še posebej jasna artikulacija
DELO	Zapis z velikimi tiskanimi črkami	Glasi govora
Povedala bom	Podčrtane besede	Tih govor
Mogo-	Nedokončana beseda z vezajem	Prekinitve
/to je bilo prijetno	Poševnica pred tekstom	Komentar, evalvacija, samo-prekinitvev
A: on [je šel domov] B: [je odšel]	Oglati oklepaji	Prekrivanje več govorcev
<i>ambulance</i>	Poševni tekst	Tekst v drugem jeziku (v opombi razložen pomen)

Opomba: za namene naše študije smo poudarjene besede in glasi govora pisali z velikimi tiskanimi črkami; nismo uporabili sklopa "komentar, evalvacija, samo-prekinitvev" ter teksta v drugem jeziku. Način transkribiranja smo uporabili za lažje razumevanje povedanega konteksta in ga v navedkih v rezultatih ne uporabljamo.

V rezultatih smo z namenom ohranjanja zaupnosti spremenili osebne podatke (zakrili smo osebna ter krajevna imena). Udeležence smo poimenovali na način P1, P2, P3 ... pri čemer P pomeni udeleženec (angl. *participant*), število pa predstavlja vrstni red izvedbe intervjuja. Intervjujema, ki nista bila vključena v vsebinsko analizo, smo dodeli zadnjo in predzadnjo številko (P12 in P13), da zmanjšamo verjetnost napake pri analizi podatkov.

Osebne podatke smo spremenili na način, ki smo ga prevzeli od Poštuvan (V tisku), in sicer: A – pomeni žensko ime, B – pomeni moško ime, X – pomeni večji kraj v Sloveniji, Y – pomeni manjši kraj v Sloveniji.

#### 2.4.5 Analiza podatkov z računalniškim programom ATLAS.ti

Podatke smo analizirali s pomočjo računalniškega programa za kvalitativno analizo ATLAS.ti.

Pri analizi podatkov smo sledili načelom utemeljene teorije, kar pomeni, da smo najprej besedilo pregledali, vrstico za vrstico, in podatkom zapisali začetne kode. Po analizi podatkov smo dobili 1596 kod s 1584 navedki. Sproti smo identificirali in razvijali teme, ki so se pojavljale v procesu zbiranja podatkov in njihove analize.

Preko fokusiranega kodiranja (uporabe pogostejših in osrednjih kod) smo nekatere teme obravnavali bolj obširno. Dobili smo 182 kod s 1572 navedki. Teme smo ponovno definirali, združili ali razdelili na manjše dele (kodiranje po osi), pri čemer smo si pomagali z risanjem mrež (angl. *networks*). Podatke, ki smo jih pridobili pri vsaki temi, smo podrobno preučili s pomočjo tehnike nenehne primerjave, da bi identificirali pomembne podobnosti in razlike ter preko tega vzpostavili kategorije. Z opisanimi postopki smo nadaljevali, dokler nismo dosegli saturacije oz. zasičenosti teorije, tj. dokler nove transkripcije niso doprinesle nobenih novih idej.

V osrednje koncepte smo povezali 121 kod s skupno 1131 navedki. 61 kod smo izločili zaradi nezadostne pojavnosti ali nerelevantnosti za raziskovalno vprašanje. Uporabljene kode in njihovo frekvenco pojavljanja smo zapisali v prilogi (Priloga 6.3).

Postopek obdelave podatkov s programom Atlas.ti in razlaga simbolov skupaj s slikovno ponazoritvijo je podrobno opisan v Poštuvan (V tisku).

#### **2.4.6 Veljavnost rezultatov**

Veljavnost kvalitativnih študij se preverja preko transparentnosti raziskovalnega procesa. V ta namen smo pisali refleksijo po intervjujih in zaznamke tekom obdelave podatkov. O procesu intervjuvanja in vtisih smo pisali zaznamke takoj po izvedenem intervjuju, da smo lažje razumeli kontekst odgovorov. Prav tako smo shranili datoteke v različnih fazah obdelave podatkov.

Po koncu raziskave smo izvedli še en intervju z medicinsko sestro in ji predstavili naše zaključke. Medicinska sestra je izrazila razumevanje zaključkov in strinjanje z našimi ugotovitvami. Z intervjujem po koncu študije smo prispevali k večji veljavnosti rezultatov.

### 3 REZULTATI

V magistrskem delu smo raziskovali doživljanje samomora pacienta. Pri tem smo ugotavljali kako medicinske sestre doživljajo samomor, kako obravnavajo samomorilnega pacienta ter kako dojemajo svojo vlogo in vlogo sistema v tem procesu.

Po analizi podatkov (opisani v poglavju Metoda), smo podatke združili v 2 osrednja koncepta in 4 podkoncepte.

1. Doživljanje samomora in pojasnjevanje sprožilcev za samomor

- 1a. Doživljanje samomora pacienta

- 1b. Delo s samomorilnim pacientom

2. Delo medicinske sestre

- 2a. Delo s pacienti

- 2b. Jaz kot medicinska sestra

Vse koncepte in podkoncepte smo na koncu povezali v model.

V nadaljevanju so prikazani navedki za posamezne kode in koncepte. Reference na navedke so zapisane na način P1:2, kjer P pomeni udeleženka (angl. *participant*), 1 pomeni zaporedno številko intervjuvanca ter 2 pomeni zaporedno število kode v posameznem intervjuju. Kadar smo zaradi večjega razumevanja ob navedkih udeleženk zapisali tudi navedek izvajalca intervjuja, smo ga označili z I (okrajšano za *intervjuvar*).

Prikazani citati iz transkripcij niso lektorirani, ponekod smo zaradi večjega razumevanja odstranili mašila, vendar pri tem nismo spreminjali vsebine povedanega. Kode smo zapisovali na način, ki ohranja pomen navedka (skladno z utemeljeno teorijo in priporočili razvijalcev programske opreme Atlas.ti) in jih v rezultatih ohranjamo enake kot so bile v originalni analizi (z okrajšavami in slovničnimi nepravilnostmi). Program za analizo podatkov ne omogoča

slovenskega jezika, zato so v prikazanih mrežah odnosi med kodami zapisani v angleškem jeziku.

V citatih smo ohranili tudi besede in besedne zveze, ki so v preučevanju samomora nekorektne, saj imajo negativno konotacijo. "Besede kot so *samomorilec*, *samomorilski*, *zagrešiti* / *storiti samomor* in podobne lahko negativno označujejo vpletene ljudi." (Poštuvan, V tisku, str. 13). V strokovnem jeziku zato uporabljamo besede, ki enako vsebino izražajo opisno.

### 3.1 Doživljanje samomora in pojasnjevanje sprožilcev za samomor

Prva večja tema, o kateri smo spraševali v intervjuju je bila doživljanje samomora in pojasnjevanje sprožilcev za samomor. Pri tem smo dobili uvid, kako si medicinske sestre razlagajo samomor in samomorilno vedenje ter kako doživljajo ljudi, ki so umrli zaradi samomora. Med kodami v tem konceptu je 22 kod in ena superkoda. Med njimi je 32 medsebojnih povezav.

Kode smo združili v vsebinske sklope, ki jih navajamo skupaj s primeri iz intervjujev.

- Dejavniki tveganja in sprožilci za samomor

P7:137 *"Jah, dejavniki tveganja, ja. Lejte lahko je psihoza. Lahko je kriza recimo. V kakšnem standardu živijo. Lahko je kakšen, ne vem, tudi ljubezen, a ne. Emm, ja kr nekeje je blo takih, k so šli pod vlak zaradi nesrečne ljubezni. Ženske u meni. Mogoče kakšen tak bi rekla, da ne ve, ne vid izhoda iz njegovih težav, a ne. Tud kšen tak, k dnar recimo zaprav, ka pa jaz vem, hazardira."*

- Spregledani simptomi samomorilnega vedenja

P11:107 *"Jaz mislim, da smo, da mam vsi premalo časa en za drugega. To v prvi vrsti. Al pa tudi poznam primere, da so pač zaprti vase. Se ne o tem ne pogovarjajo. Zaj silit v nekoga pa vedno ne moreš. Jaz mislim, da tudi tu ni prav, da v nekoga siliš."*

P4:99 *"Mogoče pa, ja, mogoče pa ne želimo. Ne želimo tega slišat, ker nas je tega groza, da bi se to zgodilo. Ali pač rečemo: 'Saj to sam govori, sej to, sej to itak pravjo, da samo govorijo, tist ki govori to ne nardi'. Morda no, ne vem. Zatiskamo si oči dostkrat ... Ne vem, morda že vnaprej slutiš pa čutiš pa nočeš to vedet, zato ker dokler gre, takole gre. Bojimo se, ne, strah."*

- Samomor kot končanje stiske

P2:153 *"Ja to je pač stiska, stiska ljudi k včasih trenutna včasih dolgotrajna, ko v bistvu ne vidijo izhoda drugje kot, da si vzamejo življenje."*

P8:8 *"Tk jez mislim, da se je znašu u hudi stiski in s to stisko revež ni mogu več živet."*

- Stališča o samomoru

P4:5 *"Ja tko neki tazga mau mističnega mau tam nekje je, mau tam k se drugim dogaja. No, taka tema, k ne govoriš prav rad o tem, no. Je taka tabu tema."*

P2:154 *"Čprav jest osebno mislim, da je vedno se najde kak izhod, samo če maš tapravga sogovornika, ki to razume, ne, ki te zna nekako zapeljat po pravi poti."*

- Stališča o ljudeh, ki so umrli zaradi samomora

P7:29 *"Kaj? Tak kot sem rekla: meni se smilijo v bistvu. Ker se mi zdi, da mogoče to ni blo potrebno. Vedno pomislim na to, da niso meli podpore. Ali je to družina ali je to služba. Ker veliko ljudi tudi na račun službe v bistvu obupa, ne. Sploh zaj v teh razmerah. Meni osebno: jaz nobenega ne obsojam."*

P8:9 *"Enkrat sem poslušala na radiu, ki je en reku, da je to znak - razen v redkih primerih je samomor znak najbolj krutega egoizma ... In tak zej kuker sem stara, bi se marsikej tud z njim strinjala. Tud take poznam, k bi loh rekla, da je blo pa res iz, da so se samo s sabo ukvarjal. S tistim svojim problemom in niso vidli nč druga. Sam tist moje, to je zame najhujš in pol to nardi."*

Opisovanje dejavnikov tveganja se vsebinsko povezuje s pojasnjevanjem razlogov za spregledane simptome samomorilnega vedenja. Sestre navajajo individualne, medosebne, sistemske, osebne in situacijske dejavnike. Med individualnimi dejavniki sestre izpostavljajo predvsem osebnostne značilnosti osebe (npr. P4:31), ki ne pove za stisko (P3:85) in je zaprta vase (P8:29). Nekaj jih je kot dejavnik izpostavilo družinsko oz. genetsko obremenjenost (P4:32) ter prisotnost telesne ali duševne bolezni (P4:30). Med medosebnimi dejavniki tveganja so medicinske sestre opisovale težave v družinskih odnosih, predvsem *nepovezanost* v družini (P2:229) ter *visoka pričakovanja staršev* (P3:190). Med sistemskimi dejavniki najdemo stresne dogodke pred samomorom, kot je *neopravljen izpit* (P8:24). Sestre opisujejo, da kadar slišijo za smrt ali samomor neke osebe, občutijo žalost, predvsem če gre za *mlajšo osebo, ki ima pred seboj še celo življenje* (P10:17). Težje

si razložijo samomor, kadar se zgodi v *umirjenih družinah* (P10:6), brez očitnih "razlogov" ali ob težavah, ki "bi se jih dalo rešiti" (P3:179). Sestre si skušajo pojasniti samomor in jim je težje, kadar ne najdejo razlage.

Sestre opisujejo, da spregledamo simptome samomorilnega vedenja predvsem zaradi medosebnih dejavnikov, kot so *pomanjkanje pogovora* (P1:145), *pomanjkanje zaupanja* (P3:308) in *pomanjkanje povezanosti v družini* (P9:25); sistemskih dejavnikov, kot sta *hiter tempo življenja* (P1:148) in *pomanjkanje časa* (P2:228) ter osebnih dejavnikov, kadar groženj ne jemljemo resno ali jih *ne želimo videti* (P4:103).

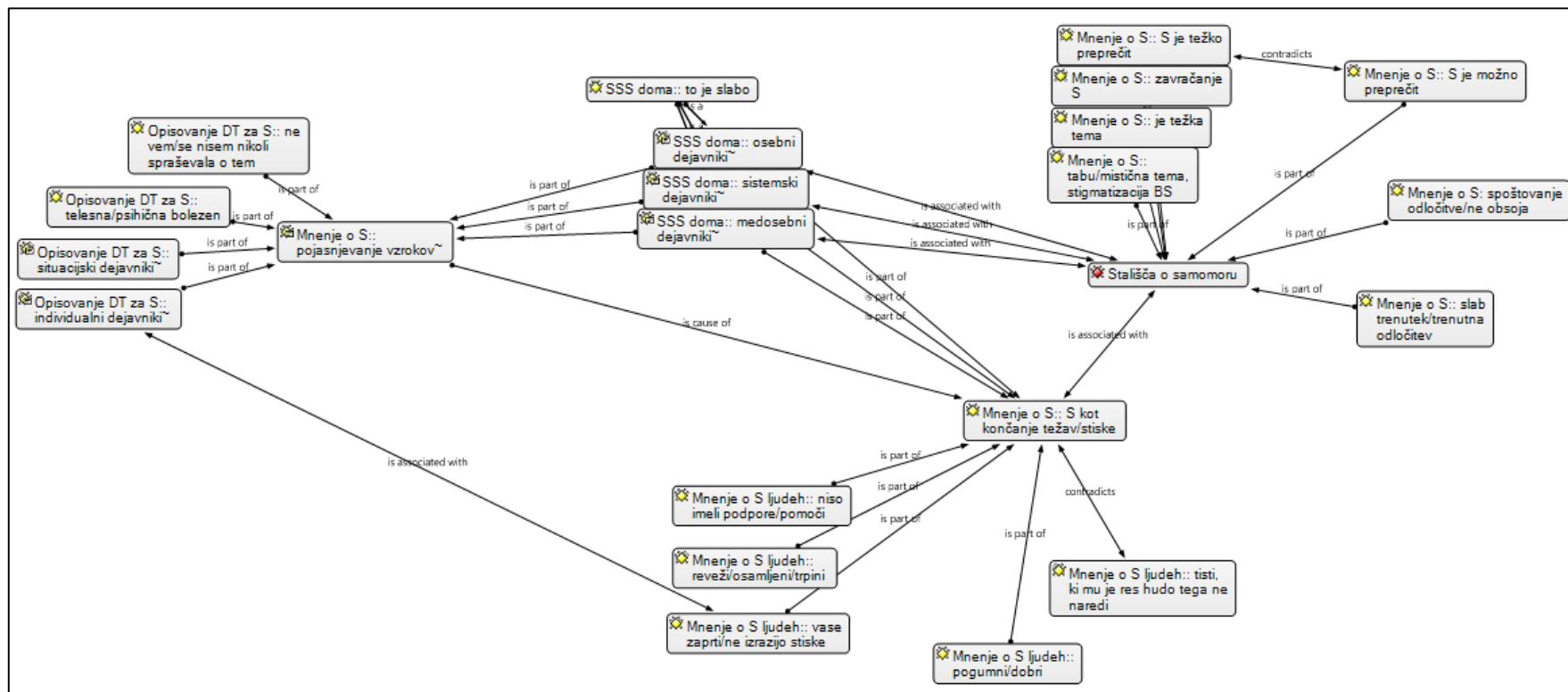
Večina sester zavrača samomor, v smislu, da je samomor *hujši kot nesreča ali bolezen, ker je človek vmes posegel* (P8:25), da si *življenja nismo sami dali in si ga ne smemo sami vzeti* (P7:27), da bi jih *osebno prizadelo*, če bi v njihovi družini prišlo do samomora (P8:35) in govorijo o samomoru kot o *težki* (P10:8) ali *tabu temi* (P4:5). Veliko jih opisuje, da bi bilo možno samomor preprečiti, saj bi se problem *dalo rešiti* (P6:25) in bi potrebovali zgolj *pravega sogovornika* (P8:7). Nekatere izražajo dvom, da je samomor možno preprečiti (P4:105).

Veliko medicinskih sester izraža mnenje, da *ne obsojajo* ljudi, ki so umrli zaradi samomora (P1:39), nekaj jih meni, da je samomor *posameznikova svobodna odločitev oz. pravica* (P11:6).

Velika večina medicinskih sester vidi samomor kot končanje težav oz. stiske (koda *Mnenje o S:: S kot končanje težav/stiske*). Pogosto navajajo, da gre za impulzivno odločitev (P8:50) oz. za trenutek nerazsodnosti (P7:25).

Medicinske sestre o ljudeh, ki so umrli zaradi samomora, najpogosteje izražajo mnenje, da so zaprti vase in ne izrazijo svoje stiske (npr. P2:192), *nimajo ustrezne podpore oz. pomoči* (P8:7), so po eni strani *pogumni* (P1:16), po drugi strani pa *reveži* (P4:8).

Kode koncepta *Doživljanje samomora in pojasnjevanje sprožilcev za samomor*, so med seboj povezane tako, kot prikazuje spodnja slika (Slika 2).



Slika 2. Slikovna ponazoritev povezanosti kod, ki opisujejo koncept Doživljanje samomora in pojasnjevanje sprožilcev za samomor.



## 3.2 Doživljanje samomora pacienta

Doživljanje samomora pacienta zajema 34 kod in eno superkodo, med katerimi je 32 medsebojnih povezav. Kode smo vsebinsko razdelili v dva sklopa in ju opisujemo skupaj s primeri navedkov.

### 3.2.1 Dogodek samomora pacienta in zadnji stik s pacientom

Medicinske sestre so opisovale okoliščine samomora pacienta ter dogajanje ob zadnjem stiku s pacientom.

- Dogodek samomora pacienta

P3:5 *"In pač to je blo glih takrat, ko sem jaz lahko še šla ven na teren, ampak klic je bil tud tak, da ni bil jasen vzrok smrti, ne, to se prav, mi smo mislili, da bomo lahko še oživljali, ne, pa da ga bomo še k sebi pač spravili k življenju. Ampak, ko smo tja pršli pač ni blo to več mogoče, ne."*

V vsebinskem sklopu dogodek samomora pacienta (koda *Dogodek SP:: opisovanje podrobnosti/okoliščin*) medicinske sestre opisujejo kdaj je prišlo do samomora (P1:115) in kakšna metoda je bila uporabljena (P6:31). Sestre, ki zraven svojega dela opravljajo tudi dežurstva, so velikokrat prisotne na kraju samomora pacienta (P3:166), vendar redko od svojega pacienta (P10:24). Novico o samomoru svojega pacienta navadno prejmejo v službi od sodelavcev (P8:15), včasih jim novico sporočijo svojci umrlega (P2:164).

- Zadnji stik s pacientom, ki je umrl zaradi samomora

P11:11 *"Zadnjega stika, ja, se spomnim, ker je brez mame večkrat prišla. In je pač pri nas v ambulanti povedla, da ni letnika naredla, pa da še mama ne ve in da jo je zlo strah povedat. In da je lagala doma glede tega. No v bistvi je tudi omenla, sicer meni ne, zdravnici je omenla tisto svojo ljubezen neuslišano, da ona ne ve, kaj naj nardi. Pa kak bo to teško prebrodla. Nikol pa ni omenjala v bistvu besede, no, samomor, nič ni, nič ni omenla tega."*

P4:160 *"Meni je blo tko v bistvu zanimivo prov za tega gospoda. Mislím zanimivo, no, če lahko rečem, ampak, a se tko obnašajo? A ni mogu bit drugačen? Ne vem. Da bi bil potr, da bi bil ne vem zoprn, prepirljiv al ne vem. Drugač prijeten človek,*

*prijazen, nasmejan, vedno dobre volje, vice je pripovedoval, hecu se je. Ampak to zna bit tud tko zavito, ne. Na ven je tko, ne. Noter je pa, noter je pa vojna, ne. Najbrž."*

Tretjina medicinskih sester se spomni zadnjega stika s pacientom (npr. P6:32). Pri tem opisujejo razpoloženje pacienta – ta je bil *dobro razpoložen* (P4:135) ali pa *nemiren* (P6:33). Navajajo tudi ali je pacient tožil o težavah (P11:11). Patronažna sestra, ki redno obiskuje paciente na domu in pozna družine svojih pacientov, pri zadnjem stiku opisuje *domače vzdušje*, zaradi česar so čustva ob samomoru pacienta toliko bolj intenzivna (P2:162).

### **3.2.2 Čustva in misli ob samomoru pacienta**

V vsebinskem sklopu čustva in misli ob samomoru pacienta predstavljamo doživljanje medicinskih sester, pojasnjevanje izkušnje ter opisovanje vpliva izkušnje.

- Čustveni odzivi ob samomoru pacienta

P4:45 *"Emm, kar mal si prizadet, tko. Prizadet, ampak al pa razočaran nad seboj, da nisi nč prepoznal. Da ti mislit, razmišljaš o tem, no. Presene- presenetlo me je. Bla sem, ne vem žalostna, no. Ne tko, da bi jokala, ne, to ne, ne."*

P1:112 *"Ne vem, nisl nekak, ni me to nekak čustveno pretreslo."*

Medicinske sestre ob samomoru pacienta doživljajo različno intenzivna čustva. Nekaj jih poroča, da niso doživljale nobenih čustev (npr. P1:112), druge so bile *presenečene* (P4:44), *ni jim bilo vseeno* (P10:19), opisujejo *žalost brez prisotnega joka* (P4:45) ter občutke *groze* ali *šoka* (P2:201). Če pacienta poznajo, jim je bolj *hudo* (P6:54). Čustveni odzivi so najbolj intenzivni *dan ali dva* po dogodku in trajajo približno *teden dni* (P3:290). Ob pogovoru o dogodku lahko čustva *podoživijo* (P2:243).

- Misli ob samomoru pacienta

P2:162 *"Ta dan, ko se je zgodil samomor, se je izredno dolgo poslavljaj od mene, k je blo men pol k sm razmišljala za nazaj nenavadno, ne."*

Misli ob samomoru pacienta niso bile prisotne pri vseh medicinskih sestrah (P8:28). Večinoma so si skušale pojasniti "vzrok" za samomor pacienta (npr. P11:16). V primeru pacientov, ki so zlorabljali alkohol, so sestre lažje sprejele samomor ("*rešil je sebe in ostale*") (P3:12), kadar je pacient bil bolan, so njegovo odločitev razumele, vendar je niso sprejemale ("*je imel zdravstvene težave, ampak veliko jih ima še hujše*") (P8:13). Ob pojasnjevanju samomora pacienta opisujejo, da je pri nekaterih pacientih samomor delno družinsko pogojen (P8:23).

Sestre so opisovale, da pacienta *ne obsojajo* (P1:120), razmišljale so o zadnjem stiku (P2:78) in se spraševale *ali je pacient kazal kakšne znake samomorilnega vedenja* (P4:37) oz. ali so one kaj *spregledale* (P2:218). Ena sestra se je spraševala, če bo *pravočasno prepoznala stisko* pri svojih bližnjih (P8:26).

Ob intervjuju o samomoru pacienta, so medicinske sestre pripovedovale tudi o ostalih izkušnjah s samomorilnim vedenjem. Nekatere so bile bolj osebne (so se nanašale na ožji družinski krog in prijatelje) (npr. P4:17), nekatere pa manj (samomorilno vedenje med znanci ali pacienti) (P9:24).

- Spominjanje izkušnje samomora pacienta in vpliv izkušnje

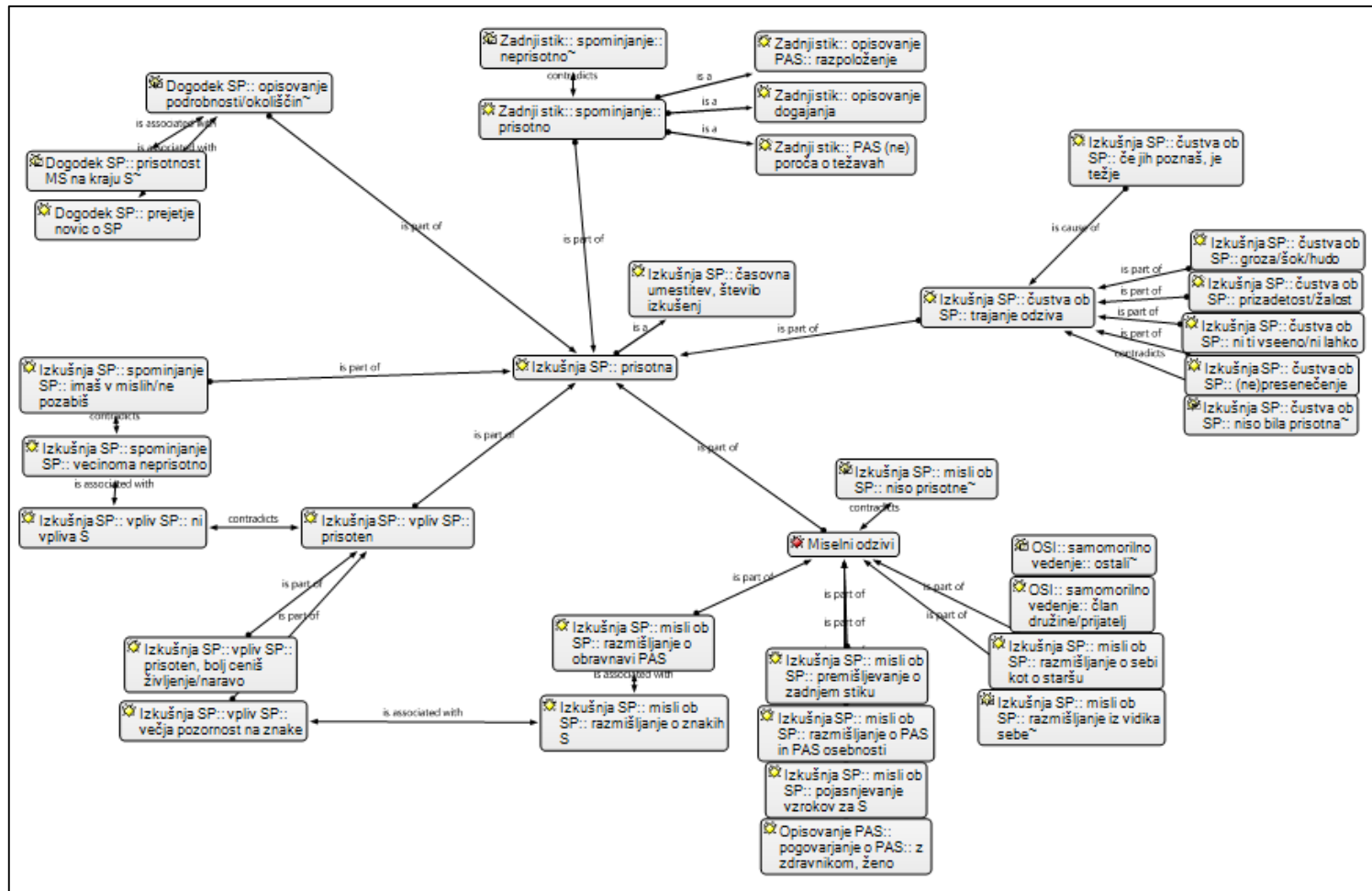
P2:242 "*Mogoče zdej tko, da ne boste zdej to kar sem razlagala sem zdej to podož-podoživela, sam zdaj, da bi to pa nosila s sabo pa o tem premlevala, to pa na srečo pa ne no. Sem nekako znala it naprej, ne. Čeprav je pa, ko se to zgodi bom rekla kakšen teden ti pa je sigurno tko težko, ne.*"

P11:15 "*Vplivala je s tem, ker sem jaz prišla na reanimacijo, ko smo jo našli mrtvo. Je mama klicala v ambulanto. Ja, je vplivalo, sigurno. Posebej to, ker sem jo pač vidla tam. Bolj, kot pa če ne bi bla zraven prisotna.*"

Večina medicinskih sester ocenjuje, da izkušnja samomora pacienta na njih ni vplivala (npr. P4:49). Vpliv izkušnje samomora pacienta se lahko kaže v večji občutljivosti na znake samomorilnega vedenja pri ostalih pacientih (P2:102), občutku, da te težke izkušnje v mislih *spremljajo celo življenje* (P6:53), *manjši kritičnosti do svojih otrok* (P3:44) ali večjem spoštovanju narave in življenja (P6:58). Spomin na izkušnjo samomora pacienta je bolj prisoten kadar gre za

nedaven dogodek (P8:11) ali kadar je šlo za posebej težko situacijo – npr. da je umrlega pacienta našel otrok (P5:44).

Kode v konceptu *Doživljanje samomora pacienta* in odnosi med kodami, so prikazani v spodnji sliki (Slika 3).



Slika 2. Slikovna ponazoritev kod, ki opisujejo koncept *Doživljanje samomora pacienta*.

### 3.3 Delo s samomorilnim pacientom

Koncept delo s samomorilnim pacientom vsebuje 18 kod in eno superkodo. Med njimi je 22 medsebojnih povezav. V okviru dela s samomorilnim pacientom, medicinske sestre opisujejo koliko se s pacienti na splošno pogovarjajo o samomoru, kako si razlagajo spregledane simptome v službi in kako je potekala obravnava pacienta, ki je umrl zaradi samomora.

#### 3.3.1 Pogovarjanje o samomoru s pacienti

Sestre so opisovale koliko se s pacienti na splošno pogovarjajo o samomoru in kako si razlagajo spregledane simptome samomorilnega vedenja v službi.

- Pogovarjanje o samomoru s pacienti

*P7:72 "Vete kaj v bistvu. Neke stvari je možno na sestro v bistvu, ne, neke stvari pa niso v pristojnosti sestre, vete. Tak da tudi moreš pazit v kaj se spuščaš, v kaki pogovor. Tak da tu se mi ni zdelo smiselno, da bi jaz z gospodom karkoli v tej smeri, recimo. Niti nisem, niti nisem mislila, da bo to šlo v tako smer recimo ... Ja, tak da nekak nisem, nisem. To sem pa vseeno bla previdna v bistvu, neke stvari v bistvu ne moreš, ne. Tak da, tak da ni v tem primeru niti približno, da bi jaz začela."*

Medicinske sestre se s pacienti večinoma ne pogovarjajo o samomoru, ker menijo, da to ni v njihovi pristojnosti (ampak je v pristojnosti zdravnika) (P7:72) ali pa za to nimajo časa in ustrezne prostorske razporeditve (s pacientom nimajo možnosti govoriti na štiri oči) (P11:19). Sestre so navajale, da se s pacienti pogovarjajo o samomoru (oz. bi se pogovarjale), če bi pacient izrazil željo oz. če zaznajo, da je pacient v stiski (P2:175). Same ne začnejo pogovora, ampak se o samomoru pogovarjajo, če pacient sam omeni samomorilne misli (P7:62). V tem primeru to tudi posredujejo naprej k zdravniku (P8:69).

- Spregledani simptomi samomorilnega vedenja

*P8:69 "Mislim, da ne povejo. Da mora on sam povedat. Da on mora men rečt: 'Jes sem pa u stiski.' "*

*P7:88 "Če je prevelika gužva, potem absolutno zdravniki spregledajo, ne. Tak da to se mi ne zdi prav. Jaz nisem pristaš tega, da človek gre k zdravniku noter pa reče:*

*'Dober dan.' Možnost reči dober dan pa že more it ven, recimo. To recimo kaj zavarovalnica dela, minutke odreja zdravnikom, glejte. Pol pa se družba ne bi smela spraševati zakaj je tolko samomorov, ne. Ljudje rabijo razgovor. Šele takrat se izpoveš, recimo ... Glejte marsikdo je s tem namenom se naročil pri zdravniku, da se mu bo lahko izpovedo, glejte. Pol pa v bistvu prideš pa zdravnik nima časa. Al pa že zunaj vidiš, da da je v bistvu, da si odveč. To absolutno v tej smeri bi se moglo neke spremeniti, če bomo hotli, da bomo v bistvu ljudi obvarovali tega."*

*P11:19 "Jaz si razlagam prvo kot prvo to tak, da mi smo tu nimamo te pristojnosti, da bi se o tem, pa predvsem pa nimam časa. Ker v bistvu to je takšna splošna ambulanta, tu so pregledi taki hitri. Jaz mislim, da so res bolj pristojni psihologi al pa psihiatri, tak bom rekla, no, da mi nismo glih za to. Sicer prisluhneš pa se pogovarjaš, ne, da bi pa jaz prevzela odgovornost, da smo mi zaj to dolžni, dolžni itak ne, ampak niti časa ni, tak bom rekla. Pri nas ni časa za te stvari, sigurno, premalo. Pa premalo je stikov, zaj pacient ne pride k meni pa ne sedi z mano."*

Razloge, zakaj v službi pogosto spregledamo simptome samomorilnega vedenja, sestre vidijo predvsem v sistemskih dejavnikih, kot so *pomanjkanje časa* (P2:222), *gneča* (P7:88), *hiter tempo življenja* in *naglica* (P4:98) ter v individualnih dejavnikih, kjer kot glavni razlog navajajo, da pacient ne pove za svojo stisko oz. samomorilni namen (P8:37). Menijo, da je veliko odvisno tudi od tega, koliko resno zdravniki obravnavajo samomorilne grožnje (P3:239).

### **3.3.2 Obravnava pacienta, ki je umrl zaradi samomora**

O obravnavi pacienta, ki je umrl zaradi samomora nismo neposredno spraševali, vendar se je tema pojavila ob opisovanju izkušenj s samomorom pacienta in ob opisovanju zadnjega stika.

- Opisovanje obravnave pacienta, ki je umrl zaradi samomora

*P2:211 "Pol tud en primer na terenu tud en gospod en alkoholik, k je ves čas, da bo naredo samomor, da bo naredo samomor. Sem se jaz tukaj dogovorila z zdravnikom, je pršu zdravnik, ko je potem mel tud to psihiatrično obravnavo, žena ga je v bistvu ves čas bla z njim, mu je nekako bla v oporo, ampak zaključek vseh teh obiskov, je bil ta, da je naredo samomor. Da se je obesil."*

P7:78 "Vem, da sem takrat poklicala njeno zdravnico pa sem rekla: 'Glejte, gospa je klicala. Meni se zdi, da je v hudi stiski, treba ji pomagat.' Sem rekla: 'Glejte, telefonsko, če jo bote mogoče poklicali,' ne. Tak da takrat doktorca meni: 'Ja, ja. Ona to v bistvu izkorišča,' pa tak. Sem mislila: okej, saj je to tvoja pacientka. Jaz sem jo v bistvu obvestila, se mi je zdelo fajn, da sem povedla. Pol pa sem jaz breme oddala, ne. Sem si mislila: pol pa to ni več moje, ne. Tudi, če se bo karkoli zgodilo, ni več to potem v moji pristojnosti. Ali kak bi rekla, da bi si jaz neke na sebe basala, ne."

V nekaterih primerih, so se medicinske sestre pogovarjale s pacientom o njegovih težavah (P6:34) in so ga sprejele nenaročenega, ker so se zavedale, da je bolan (P8:36). Nekatero so ob pogovoru o težavah pacienta doživljale občutke *neprijetnosti* (P7:30), *nekompetentnosti* (P2:36) ali odklanjanje pomoči iz strani pacienta ("*pacient si ni dal svetovat*") (P7:35). Kadar medicinske sestre prepoznajo stisko in kadar pacient izraža samomorilni namen, takrat to posredujejo zdravnikom (P2:211). Zdravniki se med seboj razlikujejo v tem, koliko resno vzamejo izražen samomorilni namen (P7:78). Nekatero sestre izražajo naklonjenost predpisovanju antidepresivov (P7:49), medtem ko druge izražajo mnenje, da *psihiatrija pretirava z zdravili* in se sprašujejo o kvaliteti življenja pacienta, ki se zdravi na tak način (P8:31).

- Prisotnost ali odsotnost občutka, da je storila premalo

P1:84

I: "Pa ste imeli kdaj občutek recimo pri tem pacientu al pa pri katerem drugem, da bi morali narediti več za njega?"

P: "Ne, mislim, da smo kar dosti naredli. Dosti naredli, ampak, pri nekaterih tudi to ni dovolj ne, saj lahko narediš bilokaj ne, če pač on vztraja pri tem, pa če ne vidi rešitve, nemreš, nemreš vsem pomagat. Verjetno no, ne vem."

P6:133 "Nekok, če je to naš pacient, vedno pomisliš, da nisi dost naredu. 'Kaj sem pa zgrešu?' Recimo. 'Kje sem pa falil?' Skos se to sprašuješ. A ne. Če si to nardi. Pa pol rečeš: 'Sej sem to, pa sej sem un,' pa mogoče ni-. Velikokrat se to sprašuješ. A ne. Čist avtomatsko, 'A si res dost naredu? A sem se res potrudu?' Čeprav se



*trudiš, a ne. Da bi naredu. Ampak vseen: 'Mogoče sem pa kej, ne vem'. To se skos sprašuješ."*

Sestre večinoma niso izražale občutka, da so v obravnavi pacienta, ki je umrl zaradi samomora, storile premalo. Izrazile so, da *ne moreš vsem pomagat* (P1:84), da so *iz vidika zdravstvene nege naredile vse in še več* (P2:207), da se *trudijo vsem pomagat* (P6:75), da je to stvar *zdravnika* (P5:168), da *niso imele stika na način, da bi lahko karkoli naredile* (P8:28) in da pacienti niso izrazili svoje stiske (P9:13). Ena sestra se je spraševala, če je kaj spregledala in če bi lahko naredila več, kot je (P6:133).

Kode v konceptu *Delo s samomorilnim pacientom* in njihove medsebojne povezave prikazujemo v spodnji sliki (Slika 4).



### 3.4 Delo medicinske sestre

Kode v konceptu *Delo medicinske sestre* se vsebinsko navezujejo predvsem na stres na delovnem mestu ter na odnose v službi. Koncept vsebuje 14 kod med katerimi je 15 medsebojnih povezav. V začetnih intervjujih o stresu na delovnem mestu nismo spraševali, ker pa se je tema pojavljala, smo v naslednjih intervjujih povprašali kaj sestram predstavlja največji stres pri njihovem delu.

- Občutki stresa, preobremenjenosti

P6:132 *"Ampak res se mi zdi, da te v službi tolik izmolzejo po domač povedan, da pol za doma nimaš več časa."*

Sestre so pogosto opisovale občutke stresa in preobremenjenosti. Kot najbolj stresna izpostavljajo *urgentna stanja, še posebej pri mlajših osebah* (P3:118); *opravljanje telefonskih pogovorov ob vsem ostalem delu* (P6:83); *preveč dela in premalo zaposlenih* (P2:39) in *nesramnost pacientov* (P11:28). Manjši stres doživljajo, kadar si lahko same porazdelijo čas oz. delo, (kar pri delu v splošni ambulanti praviloma ni prisotno) (P1:189), kadar imajo možnost udeležbe na izobraževanjih ali supervizijskih sestankih (P10:31) in kadar se počutijo upoštevane in razumljene s strani sodelavcev (P8:54).

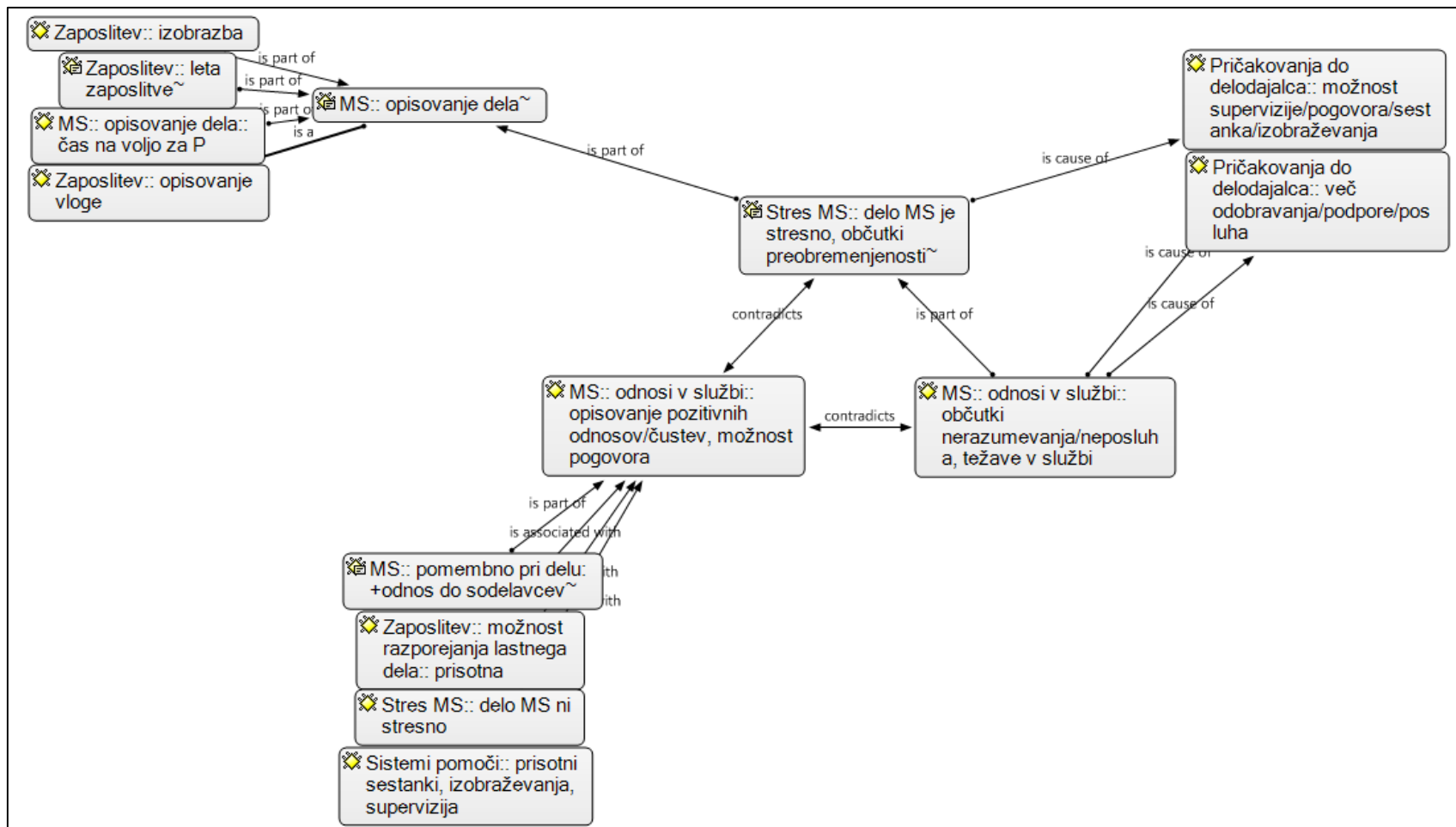
- (Ne)zadovoljstvo z odnosi na delovnem mestu

P7:52 *"Glejte ni blo dneva, da on (op. a. zdravnik) ne bi reko: 'Sestra A, hvala za sodelovanje!' ko je šel iz službe. Vam povem, kolko mi je to pomenlo. Zato sem tudi vztrajala, da sem še tak dolgo delala v bistvu, dokler je on."*

Medicinskim sestram je pomembno, da imajo dobre odnose na delovnem mestu (P7:105). Večina jih opisuje, da imajo na delovnem mestu dobre odnose, občutijo oporo in se lahko pogovorijo s sodelavci (ostalimi medicinskimi sestrami in zdravniki) (P6:122). Nekatere izražajo tudi občutenje opore iz strani vodstva (P5:164). Veliko jim pomeni, če delodajalci upoštevajo njihovo željo po izobraževanju (P6:123).

Nekatere sestre so opisovale nezadovoljstvo z vodstvom ali odnosi s sodelavci (P7:23), občutke nemoči (P4:130), občutke nerazumljenosti iz strani drugih profilov (P9:37) ali občasne konflikte (P8:54). V odnosu do delodajalca si želijo predvsem *več odobravanja*, podpore in posluha, saj menijo da se le-ti prepogosto osredotočajo na napake in pri tem ne opazijo, kar je bilo storjeno pravilno (P1:183).

Kode v konceptu *Delo medicinske sestre* so povezane tako, kot predstavlja spodnja slika (Slika 5).



Slika 4. Slikovna ponazoritev kod, ki opisujejo koncept *Delo medicinske sestre*.

### 3.5 Delo s pacienti

Delo s pacienti ni bila vsebinska tema, za katero smo imeli pripravljena vprašanja. Medicinske sestre smo spraševali koliko jih zanima duševno stanje njihovih pacientov in ob tem so pogosto govorile o odnosu do pacientov, njihovih željah po pogovoru s pacienti in ovirah s katerimi se soočajo. Koliko imajo medicinske sestre možnosti in koliko se osebno zanimajo za pogovor s pacienti, je povezano z njihovo vlogo pri preprečevanju samomorilnega vedenja. Koncept *Delo s pacienti* zajema 19 kod, med katerimi je 20 medsebojnih povezav.

#### 3.5.1 Neprisotnost pogovora s pacienti

P6:91

*I: "Koliko pa vam ostane časa za enega pacienta? V delovnem dnevu recimo."*

*P: "A vam bom povedala? Skoraj nič. Ker praktično ti maš pacienta noter vmes k maš ti, k pr teb čaka za k dohtarci, ne vem, telefon zvoni nonstop. Skos eden trka na vratih. Pravzaprav se mi zdi skos manj časa ma sestra za paciente. Ker je, ker je, telefon je strašno moteč. Ker to skos zvoni. Skoz več zahtev je, skoz več stvari. A ne. Pa včasih vidiš, da pacienti res rabijo eno pomoč. Eno, ne vem. Eno dobro besedo. Eno, en posluh. Jaz sama sebe vidim, zlo mal časa mam za paciente. Zlo mal časa ... Jes zlo težko recimo sedim za mizo pa se s pacientom bit pogovarjam. Ker enostavno ni časa. Ker te enostavno skos neki priganja. Skos zvoni telefon, skos en neki hoče, skos na vrata trkajo. Pa to, pa un pa tretje in praktično skoraj nimaš časa za pacienta. To je čista resnica in skos slabš je. Bom tko rekla, žalostno. Čeprav vidim včasih, tkole: je zlo dost pacientov, k nekok res rabijo, tist pogovor. Tisto ne vem, eno besedo. Ne vem, da ga pomiriš al kokerkol al da ti mau pojamra. Ampak res je, premal časa. Ga nimaš praktično."*

Medicinske sestre so opisovale različne razloge za neprisotnost pogovora na delovnem mestu in ovire s katerimi se soočajo. Večinoma navajajo, da se s pacienti ne morejo pogovarjati zaradi pomanjkanja časa in motečih dejavnikov (telefon, več ljudi v pisarni, administracija) (npr. P8:40). Nekatere menijo, da mora pacient sam izraziti, da je v stiski in *ne želijo "vrtat" v njega* (P9:18). Kadar imajo pacienti svojo čakalnico, takrat ima sestra redko sploh stik s pacientom (P11:21). Dodaten razlog za neprisotnost pogovora je občutek omejenosti svoje vloge, v smislu, da *pacient*

*pride k zdravniku in ne k medicinski sestri (P10:20). Nekatere izražajo željo, da bi imele na voljo več časa za pogovor s pacientom (P6:128).*

### **3.5.2 Prisotnost pogovora s pacienti**

Sklop *Prisotnost pogovora s pacienti* je vsebinsko zelo raznolik, saj se ob pogovarjanju s pacienti odpira veliko novih tem (npr. potreba pacientov po bodrenju, prepoznavanje stisk pacientov, občutek poznavanja pacientov, občutek hvaležnosti iz strani pacientov).

*P11:36 "To je odvisno, to je res odvisno pa ne da bi se jaz hecala, odvisno je od zdravnika. Kak zdravnik dela. (Rečmo) on dela blazno hitro. Tu nimaš, ker tudi on nima rad tega, no. Da bi si zaj jaz vzela. Poznam sestre, da si vzame v splošni ambulanti tudi po pol ure za pacienta, samo pol vse stoji, ne. Zaj pa kdo je s tem zadovoljen. Ker mislim, da pacienti pa niso zadovoljni, ker morejo predolgo. Drugače jaz mislim, da ena zlata sredina, da si moreš vzeti. Ker sestra predvsem je zato, da si vzame čas za pacienta. V devetdesetih procentih, pa nem zaj, v devetindevetdesetih procentih jaz mislim, da pacientom sestra odnese ne vem kakorkoli, ker nobeden se ne upa zdravnikom ne vem kolko pritožiti, res pove tisto, kar je nujno. Bol odpre pa se po mojem sestri. Jaz mislim tudi starejši sploh, če je tu, če je pri sestri on zadovoljen pa lepo sprejet, je že on zdrav na polovico, ne."*

Veliko sester opisuje, da se pogovarjajo s pacienti, kolikor je ob delu možno. Nekatere pogledajo tudi izgled pacienta, če je morda *bled* ali ima *kolobarje okrog oči* ipd. (P1:256). Sestre navajajo, da imajo za pogovor s pacientom na voljo *minuto ali dve*, nekatere pa tudi petnajst minut, pri čemer večino časa pogovor teče o strokovnih stvareh (naročanje na kontrolo, v laboratorij ipd.) (P3:73). Nekatere sestre so opisovale, da bodo spraševale po počutju v sklopu referenčne ambulante, kjer je poudarek na celostni obravnavi pacienta in kjer je v formularju vključeno spraševanje po počutju in po samomorilnih mislih (P3:229).

Več možnosti za pogovor s pacientom je prisotnih v patronaži, kjer sestro zanima pacient kot celota, torej tudi psihično počutje, ki ga najbolje *spoznaš sčasoma* (P2:51). V patronaži si sestre vzamejo tudi po *dve uri* za pacienta, če ocenijo, da je to potrebno (P4:65).

Sestre pogosto sprašujejo paciente po počutju, pri čemer se pacient *včasih odpre* (P8:39). Opisujejo, da se pacienti *odprejo, kadar te poznajo* in vedo, da je vsebina pogovora zaupna (P10:20). Poročajo, da se pacienti včasih bolj odprejo medicinskim sestram (P11:36), včasih pa zdravnikom (P8:41). Izražajo, da si zaupanje pacientov pridobiš z izražanjem *pristnega zanimanja* za njih (P1:158). Kadar pacienti izrazijo težave, se jim bolj posvetijo (P6:129) in se z njimi pogovarjajo *po svojem občutku* (P8:39). Opisujejo, da pacientom veliko pomeni *lep sprejem* iz strani medicinske sestre (P11:36).

Ob želji po pogovoru s pacienti se medicinske sestre soočajo z različnimi ovirami. Večina jih poroča o občutku pomanjkanja časa za pogovor s pacientom (P5:93). Včasih doživijo, da pacient zavrača njihovo pomoč, ob čemer občutijo nemoč (P4:157). Veliko pacientov prepozna trud medicinskih sester in izražajo hvaležnost (P7:32), medtem ko so nekateri pacienti *agresivni in nesramni*, pri čemer imaš do njih *nehote odpor* (P6:131).

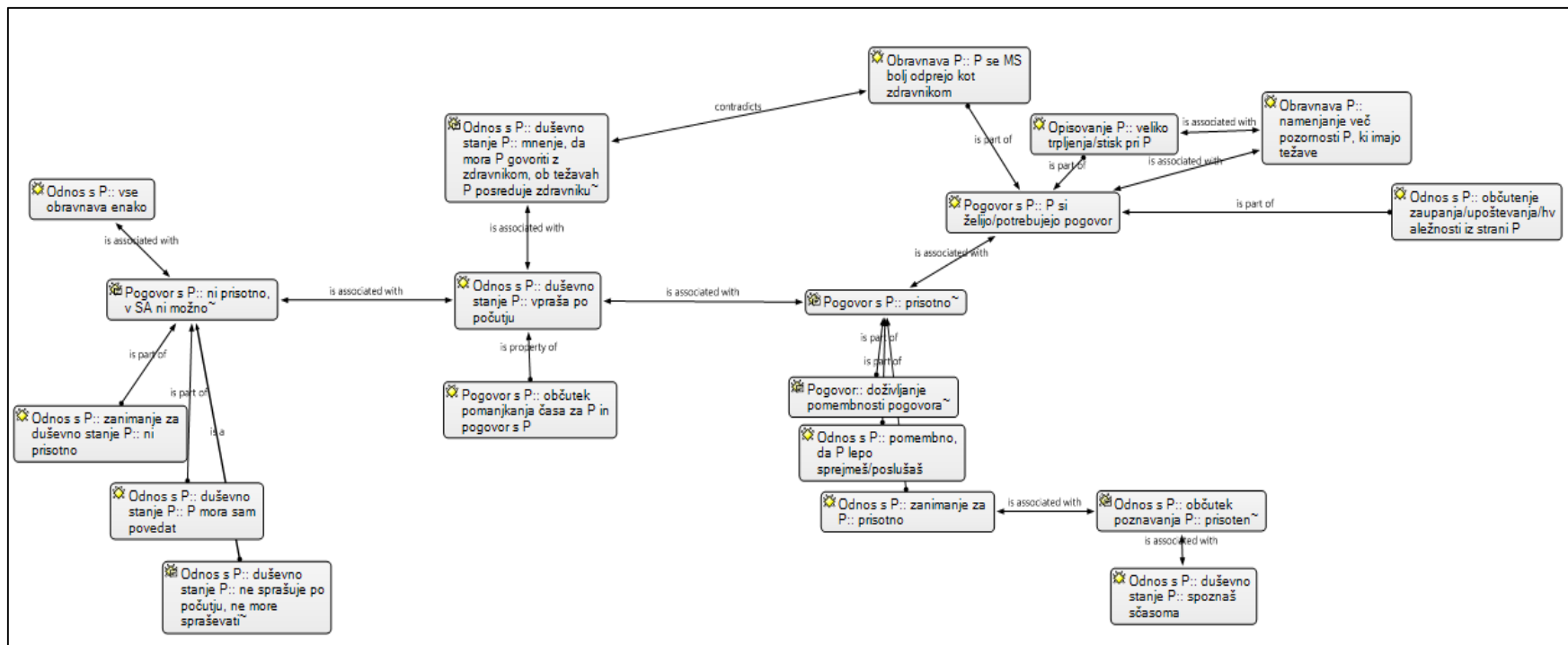
Sestre opisujejo, da paciente spoznaš *ščasoma*, nekatere *prepoznaš že po glasu*, kadar pokličejo po telefonu (P8:20). Nekatere poznajo tudi *več generacij* svojih pacientov (P6:14) in odnose v njihovih družinah (P10:12). Občutek poznavanja pacientov pridobijo prej, kadar gre za manjši kraj (P10:10) in kadar imajo manjše število pacientov (zaradi dela na več področjih) (P8:20). Opisujejo, da se na paciente *navežeš* (P8:20), saj *z njimi živiš pol dneva* (P6:129).

Sestre večinoma opisujejo, da ljudje v službi in doma potrebujemo pogovor (koda *Pogovor:: doživljanje pomembnosti pogovora*). Kadar imajo medicinske sestre možnost za pogovor s pacientom ter tudi same izrazijo interes za to, takrat lažje opazijo stiske pri pacientih (koda *Opisovanje P:: veliko trpljenja/stisk pri P*) in namenijo pozornost tistim, ki jo potrebujejo. Prisotnost pogovora s pacienti se povezuje tudi s prepričanjem oz. prepoznavanjem sester, da pacienti potrebujejo pogovor (koda *Pogovor s P:: P si želijo/potrebujejo pogovor*).

Pogovor s pacienti ni odvisen samo od realnih možnosti pogovora in formalne vloge medicinske sestre, ampak tudi od osebne zavzetosti in prepričanj medicinske sestre (o tem bomo bolj podrobno pisali v podkonceptu "*Jaz kot medicinska sestra*").



Kode v konceptu *Delo s pacienti* so povezane na način, kot prikazuje spodnja slika (Slika 6).



Slika 5. Slikovna ponazoritev kod, ki opisujejo koncept *Delo s pacienti*.

### 3.6 "Jaz kot medicinska sestra"

Tekom intervjuja se je pojavilo več tem, ki smo jih združili v koncept "*Jaz kot medicinska sestra*". V konceptu so zajete kvalitete, za katere sestre menijo, da jih pri svojem poklicu morajo posedovati; doživljanje sebe kot medicinske sestre ter strategije, ki medicinskim sestram omogočajo, da lažje opravljajo svoj poklic tudi kadar se soočajo s težjimi situacijami. Koncept vsebuje 13 kod in eno superkodo, med katerimi je 15 medsebojnih povezav.

- Kvalitete medicinske sestre

P1:260 "*Pač tak jaz rečem delamo z ljudmi, ne, saj ne del- nismo v tovarni ne. In taki ljudje, ki pač delajo z ljudmi morajo bit drugačni, ne. Morajo meti tisti dostop do njih, biti prijazni in vljudni kaj jaz vem, da so, da so jim dosegljivi. Tak da v takšnem oziru ka ene sestre so ko roboti ne. Saj so že rekli, da bi mogoče tudi zdravniki pa sestre mogli naredi neke teste prej kak bi šli v toto šolo, ne, a so za stik z ljudmi al niso, ne.*"

Medicinskim sestram je pri delu pomembna kvalitetna obravnava pacientov (koda MS:: pomembno pri delu:: + obravnava P) in posedovanje določenih osebnostnih lastnosti (koda MS:: pomembno pri delu:: + OS lastnosti), kot so: izraženo sočutje do sočloveka, empatija, ipd. Izražajo nezadovoljstvo in razočaranje nad medicinskimi sestrami, ki ne kažejo kvalitet potrebnih za delo z ljudmi in jih opisujejo kot *robote* (P1:260), ki jim je *odveč*, da bi si vzele čas za odgovor (P11:37) in jim je vseeno, če je *koga nadrla* (P7:114).

Pri tem kaj je pomembno za opravljanje poklica medicinske sestre, se pojavlja razkorak med tem, kaj sestre želijo in kaj je realno možno (koda *Domena MS:: omejena vloga*). Sestre, ki si želijo pogovarjati s pacienti, spravlja v stisko občutek pomanjkanja časa za paciente.

- Občutenje zadovoljstva s svojim delom

P6:121 "*Tko da, no, jest bom tko rekla: jes sem tok let u službi pa zlo rada opravljam svoj poklic. Še kr a ne, če sem podaljšala, a ne. Pa tko včasih razmišljaš: saj ni sam hudo, sej pa nardiš tud velik dobrga.*"

P7:66 *"Sem dostikrat sem bla tudi devet ur v službi, samo da sem vse naredila. Kar mogoče tudi ni prav. Da se svoj čas recimo, ne, za službo daje. Ampak tak vete pri sebi pa sem vseeno zadovoljna. V svoji notranjosti pa se mi zdi, da sem zadovoljna. In tak kot sem vam že prej rekla, človek gre po cesti pa ljudje recimo: 'Kak ste sestra A?' Te objamejo, tudi polupčkajo. Sploh starejši ljudje so znali to zelo ceniti. To pa je neke prijetnega. To pa vam ne morem povedat, kaj mi to pomeni recimo, ne ... Meni je v bistvu plačilo za moje delo tisto, da te nekdo pozna tudi na cesti, ne samo takrat, ko si v ambulanti recimo. Da te takrat nagovori recimo. Bilo kje si al si na kaki predstavi al pa kaj."*

Veliko sester je poročalo o *zadovoljstvu* s svojim delom in poklicem (npr. P5:161), z občutkom *zadovoljstva ob pomoči pacientom* (P11:31) in koliko jim pomeni, kadar so pacienti zadovoljni z njihovim delom, saj jim to daje občutek *nagrade* in potrditve (P7:66).

Medicinske sestre sebe doživljajo kot *empatične* (P2:184), s *čutom* za ljudi (P1:156), *ljudje* jim *veliko pomenijo* (P7:129) ter jim rade *pomagajo* (P7:32) in *prisluhnejo* (P7:65). Opisovale so torej svoje osebne lastnosti, za katere se jim zdi pomembno, da jih posedujejo glede na naravo svojega dela.

– Razbremenitev in strategije preživetja

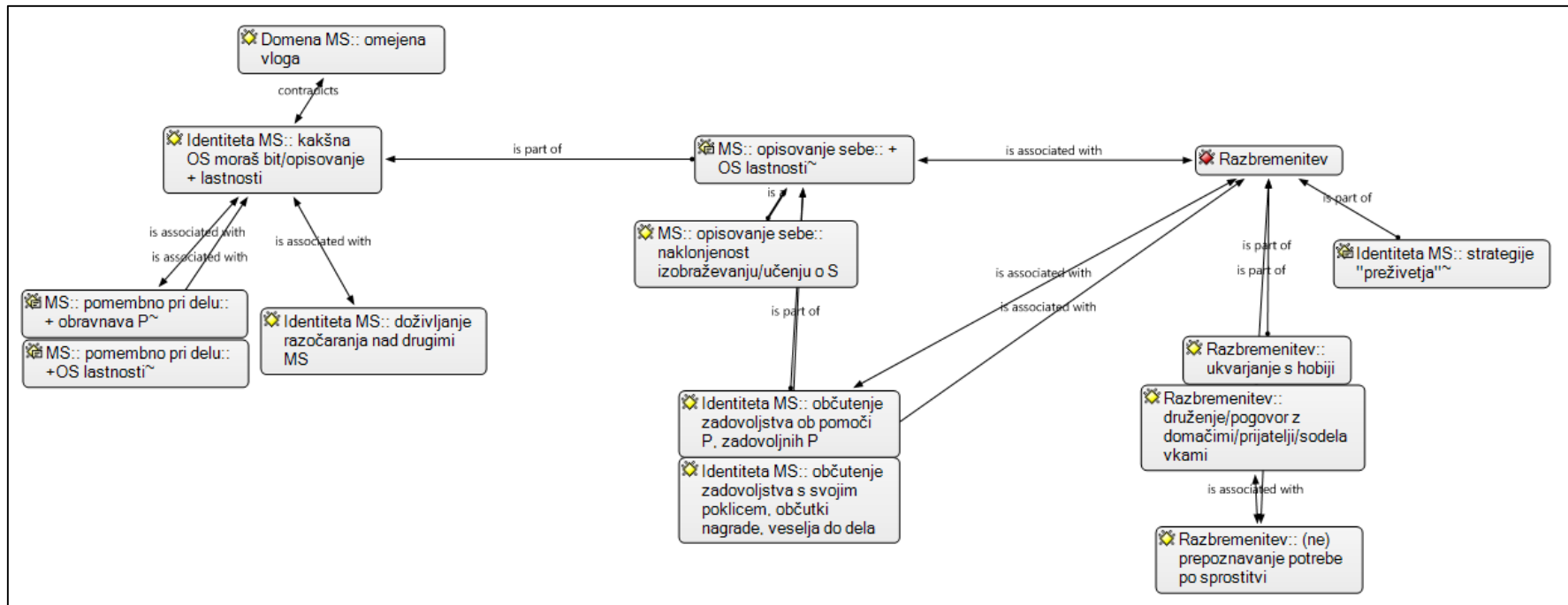
P9:23 *"Tukej pa pridejo pacienti, a se odprejo, al se ne odprejo. A povejo al ne povejo. A ne. Kšen se, kšen se odpre pa se da pomagat, ker ga napotiš naprej k psihiatru. Kšen se pa ne. A ne. In če se ne odpre, lahko samo rečeš: 'A ni škoda, k ni povedu.' A ne, za svoje stiske. Ne vem pa, če bi lohka, če bi se lohka, ne vem, zelo zasekirou, a ne. Pa ne me napačno razumet. Ker vsako življenje je dragoceno. Ampak, a ne, če bi vse to nase uzel, ja pol pa te ne bi blo za živet."*

Večina sester ocenjuje, da dobro prepoznajo, kadar potrebujejo sprostitev (npr. P11:32). Pomaga jim ukvarjanje z različnimi hobiji (npr. P7:102), premišlujejo v *miru* (P1:221), v oporo so jim pogovori z družino ali sodelavci (P2:121). Veliko sester doma ne želi govoriti o službi (P10:33), vendar jim je v oporo, kadar jih domači poslušajo. Razbremenjeno se počutijo tudi, kadar so *pacienti zadovoljni* in hvaležni (P11:31).

Pod pojmom "strategije preživetja" (koda *Identiteta MS:: strategije "preživetja"*) smo razumeli prepričanja medicinskih sester, zaradi katerih lahko kljub težkim dogodkom (kot so samomori, urgentna stanja ipd.) lažje opravljajo svoje delo. Udeleženke so opisovale mnenja, kot so: da je *po toči zvoniti prepozno* (P1:206) in da so težki dogodki *del našega življenja in moramo it naprej* (P3:285).

V zvezi s samomorom pacienta omenjajo, da bi moral pacient sam povedat za stisko (P9:23) in da *smo pomagali, ampak zgleda ne dovolj – ne jaz, ampak vsi* (P11:13) in da *ni prav sebe obtoževat, da si naredil premalo za drugega* (P11:23). Menijo, da so naredile svoj del, ostalo pa ni več v njihovi pristojnosti, *da bi si na sebe basala* (P7:71) in da so vzele izkušnjo samomora pacienta, kot da *je pač tak moglo bit, vsakemu je nekak usojeno* (P11:24). Omenjajo, da če vzamejo vse težke dogodke nase, *potem tebi ne bi bilo za živet* (P9:23) in da je treba stvari *junaško prenašat* (P9:39).

Kode koncepta "*Jaz kot medicinska sestra*" in njihove medsebojne povezave prikazujemo na spodnji sliki (Slika 7).

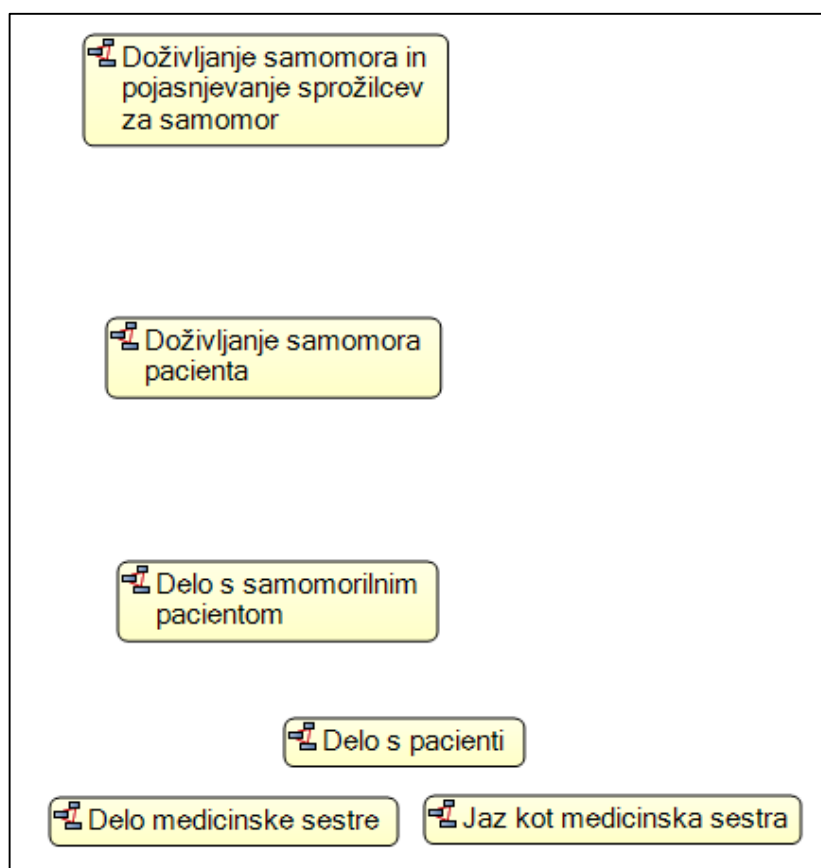


Slika 6. Slikovna ponazoritev kod, ki opisujejo koncept "Jaz kot medicinska sestra".

### 3.7 Povezava konceptov

Ob intervjuvanju medicinskih sester so se pojavljale različne vsebine, ki smo jih povezali v 2 osrednja koncepta in 4 podkoncepte. Na podoben način, kot smo predstavili odnose med vsebinami znotraj konceptov, lahko ponazorimo odnose med koncepti.

V nalogi smo se osredotočali na doživljanje samomora pacienta, vendar se je izkazalo, da sta način dela s pacienti in identiteta medicinske sestre pomembna mediatorja v doživljanju samomora pacienta (čustveni odzivi), medtem ko je "doživljanje samomora na splošno" povezano s pojasnjevanjem (miselni odzivi) izkušnje samomora pacienta. Odnose med koncepti opisujemo v interpretaciji.



Slika 7. Slikovna ponazoritev glavnih konceptov.

Doživljanje samomora pacienta je osrednji koncept okrog katerega se združujejo ostali koncepti.

## 4 INTERPRETACIJA

V magistrskem delu smo preučevali doživljanje samomora pacienta pri medicinskih sestrah. Pri tem smo ugotavljali, kako sestre doživljajo samomor, kako obravnavajo samomorilnega pacienta ter kako dojemajo svojo vlogo in vlogo sistema v tem procesu.

V interpretaciji pojasnjujemo osrednje koncepte naloge in vsebine, ki so se pri tem pojavljale. V zaključnem delu interpretacije predstavljamo model, ki povezuje zbrane podatke v celoto.

### 4.1 Doživljanje samomora in pojasnjevanje sprožilcev za samomor

*Doživljanje samomora in pojasnjevanje sprožilcev za samomor* je koncept v katerem so zajeta stališča o samomoru in ljudeh, ki so umrli zaradi samomora, opisovanje razlogov za spregledane simptome samomorilnega vedenja ter opisovanje dejavnikov tveganja in pojasnjevanje sprožilcev za samomor.

Na začetku intervjuja so udeleženke opisovale stališča o samomoru in ljudeh, ki so umrli zaradi samomora. Med opisi medicinskih sester se pojavlja razkorak med vrednotenjem samomora (negativno vrednotenje) in vrednotenjem ljudi, ki so umrli zaradi samomora (pretežno pozitivno vrednotenje in sočustvovanje). Udeleženke so namreč enotno doživljale samomor kot težko temo in ga večinoma zavračale, medtem ko so pogosto tudi opisovale, da ne obsojajo ljudi, ki so umrli zaradi samomora. Na nek način se jim ljudje *smilijo*, ker so se znašli v stiski, ki je niso znali izraziti. Večinoma so ljudi, ki so umrli zaradi samomora, opisovale kot *reveže* in redko kot *razvajene osebe*, ki niso znale rešiti težav. Medicinske sestre tako včasih doživljajo ljudi, ki so umrli zaradi samomora, kot žrtve nesrečnih okoliščin, včasih pa kot ljudi, ki so imeli pravico, da se odločijo za samomor. Od njihove razlage je odvisno tudi občutenje (ne)naklonjenosti umrlim.

Nekaj medicinskih sester je tekom intervjuja opisovalo ostale izkušnje s samomorom družinskega člana, prijatelja, sodelavca ali znanca. Te izkušnje so vplivale na razvoj njihovega doživljanja. To je skladno z ugotovitvami (Zadravec in dr., 2006), da ljudje razvijejo svoje razlage pojava samomora glede na predhodne izkušnje s samomorom, kulturne vplive in znanje. Posamezniki, ki imajo družinsko zgodovino samomorilnega vedenja, izražajo bolj permissivna stališča do samomora



(Salander, Renberg in Jacobsson, 2003). Kakšna je povezava med osebnimi izkušnjami, ki jih imajo udeleženske ter njihovimi stališči o samomoru na podlagi naših rezultatov ni možno ugotavljati.

Pri opisovanju dejavnikov tveganja so medicinske sestre zajele večino dejavnikov, ki jih razumemo kot etiologijo samomorilnega vedenja (Windfuhr & Kapur). Pri tem so dajale poudarek individualnim in medosebnim dejavnikom. Med individualnimi izstopajo osebnostne značilnosti osebe, ki je umrla zaradi samomora, med medosebnimi pa težave v družinski dinamiki. Izpostavljanje tako individualnih kot medosebnih dejavnikov ter zanemarjanje situacijskih je morda povezano s tem, da medicinske sestre niso del ožje socialne mreže umrlega in situacije v zadnjih trenutkih življenja pokojnika ne poznajo. Tudi sistemske dejavnike (kot sta revščina in brezposelnost) so redko navajale.

Opisovanje dejavnikov tveganja se povezuje z razlagami dejavnikov spregledanih simptomov samomorilnega vedenja. Medicinske sestre menijo, da doma spregledamo simptome samomorilnega vedenja zato, ker osebe ne povedo za svoj namen in ker doma nimajo vzpostavljenih odnosov na način, ki bi omogočal sporočanje stiske. Čeprav njihovi navedki izražajo mnenje, da imajo svojci pomembno vlogo pri prepoznavanju simptomov samomorilnega vedenja, slabe odnose v družini redko izpostavljajo kot dejavnik tveganja. Ugotavljamo, da si dejavnike tveganja razlagajo precej konkretno (na nivoju posameznika in odnosov v družini), medtem ko so razlage za spregledane dejavnike tudi na nivoju sistema (na te dejavnike težje vplivamo, prav tako so takšne razlage precej bolj abstraktne).

Medicinske sestre so dokaj homogeno opisovale samomor kot končanje posameznikove stiske, kar je značilno za krizni model razumevanja samomora (Zadravec in dr., 2006). Takšno razumevanje poudarja pomen zunanjih in notranjih izkušenj trpeče osebe, ki želi deliti svojo izkušnjo.

Udeleženske so večinoma izražale mnenje, da je samomor možno preprečiti ob ustrezni podpori in zdravljenju. V študiji tudi Poštuvan, Bečaj in Marušič (2007) ugotavljajo, da medicinske sestre izražajo naklonjenost zdravljenju depresije in menijo, da je pacientu možno pomagati. Nekatere udeleženske so sicer izrazile dvom

glede možnosti preprečevanja samomora. Iz vidika preprečevanja samomorilnega vedenja je bolj funkcionalno, če medicinske sestre menijo, da je samomor možno preprečiti in da bi ljudje, ki so umrli zaradi samomora, potrebovali sogovornika. Stališča namreč lahko vplivajo varovalno ali tvegano za paciente. Medicinske sestre, ki menijo, da je stisko možno preprečiti in da ljudje potrebujemo pogovor, bodo drugače obravnavale paciente, kot če menijo, da je pacientu bilo usojeno umreti. Samuelsson (1997) poroča, da negativna stališča do pacientov, ki imajo za seboj poskus samomora, vplivajo na manjšo pripravljenost pomagati takim pacientom. Iz vidika obravnave pacientov je zato pomembno prepoznati vpliv stališč na obravnavo samomorilnih pacientov. Stališča, usmerjena v skrb za paciente, določajo entuziazem, ki ga sestre kažejo pri delu s samomorilnimi pacienti in vplivajo na učinkovitost zdravljenja (Ouzouni & Nakakis, 2009). Tudi v naši študiji smo prepoznali navedke z opisi stališč, ki jih lahko opredelimo kot varovalne in/ali tvegane.

Udeleženke so opisovale predvsem kognitivno ter afektivno komponento stališč do samomora. O obravnavi samomorilnih pacientov (vedenjska komponenta) pišemo v okviru koncepta *Delo s samomorilnim pacientom*. Na pogostejše pojavljanje kognitivne komponente je do neke mere vplival način intervjuvanja, saj je izvajalko zanimalo mnenje o samomoru, kar je v konotaciji bližje kogniciji. Čustvena komponenta bi se verjetno bolj pojavljala, če bi bili intervjuji daljši in če bi izvajalka vzpostavila bolj zaupen odnos. Na razmeroma kratko dolžino trajanja intervjujev je vplivalo, da smo intervjuje večinoma izvajali v službenem času, ko so si udeleženke težko vzele čas za daljši pogovor. Pomanjkanje časa je bil pogost razlog, da so nekatere povabljenе medicinske sestre odklonile sodelovanje.

Koncept *Doživljanje samomora in pojasnjevanje sprožilcev za samomor* se povezuje s konceptom *Doživljanje samomora pacienta* in s konceptom *Delo s samomorilnim pacientom*.

## **4.2 Doživljanje samomora pacienta**

Doživljanje samomora pacienta je najbolj obsežen koncept v nalogi in zajema približno četrtno vseh navedkov in kod. Koncept smo razdelili na dva vsebinska sklopa. V sklopu dogodek samomora pacienta in zadnji stik s pacientom opisujemo podrobnosti dogodka ter vsebino zadnjega stika. V drugem sklopu (čustva in misli ob samomoru pacienta) opisujemo doživljanje čustev in pojasnjevanje izkušnje samomora pacienta. Opisujemo tudi ocenjen vpliv izkušnje. V obeh sklopih se pojavljajo nekatere podobnosti in razlike med opisi udeleženk.

### **4.2.1 Dogodek samomora pacienta in zadnji stik s pacientom**

Vse medicinske sestre se spomnijo, kako so izvedele za samomor pacienta. Novico so prejele od sodelavcev, svojcev ali pa so bile prisotne na kraju dogodka. Svojci so sporočili novico o samomoru medicinskim sestram, kadar so imeli občutek, da jih poznajo (občutek poznavanja je glede na naše rezultate najbolj prisoten v patronaži).

Večina ljudi, ki umre zaradi samomora, nekaj časa pred smrtjo obišče zdravnika, nekateri tudi večkrat (Kjølseth in dr., 2010). Tudi nekatere udeleženske v naši študiji so poročale o pacientih, ki so v mesecih pred smrtjo tožili o težavah ali bili večkrat pri zdravniku. Pogosto so vedele za težave pacienta (npr. za bolezen, težave v odnosih), s čimer so si kasneje skušale pojasniti dogodek samomora. Kjølseth in dr. (2010) navajajo, da je večina starejših oseb v času smrti trpela za telesno boleznijo, kar je skladno z opisi pacientov s strani udeleženk.

Prisotnost izkušnje samomora pacienta je glede na naše rezultate odvisna od področja zaposlitve. Medicinske sestre, ki opravljajo dežurstva, in sestre, ki so zaposlene v psihiatrični bolnišnici (psihiatrični bolniki so namreč iz vidika samomora posebej ranljiva skupina), imajo za seboj praviloma več izkušenj s samomorom pacienta.

Nekatere medicinske sestre se ne spomnijo zadnjega stika s pacientom ali pa so bile prisotne na kraju samomora pacienta, ki sicer ni bil obravnavan v njihovi ambulanti. Medicinske sestre, ki se spomnijo zadnjega stika, so opisovale različne vsebine, ki so si bile med seboj zelo podobne. Ob opisovanju zadnjega stika so omenjale, ali je pacient poročal o težavah in kako je bil razpoložen. Misli, ki so se jim pojavljale so

bile vezane na dejavnike tveganja, prisotnost znakov samomorilnega vedenja, razpoloženje pacienta in na osebnostne značilnosti pacienta. Za medicinske sestre je bilo pomembno, da so si nekako pojasnile dogodek. Naši rezultati kažejo, da spominjanje zadnjega stika daje več vsebine v doživljanju samomora pacienta.

Petina pacientov zdravstvenim delavcem sporoči samomorilni namen (Isometsa, 2005). V naši študiji je med pacienti, ki so umrli zaradi samomora, zgolj en omenjal samomorilne misli<sup>3</sup>. V tem primeru je medicinska sestra opozorila zdravnika, ki grožnje ni jemal resno. O vlogi medicinske sestre v pogovoru o samomoru bomo razpravljali v poglavju *Delo s samomorilnim pacientom*.

#### **4.2.2 Čustva in misli ob samomoru pacienta**

Doživljanje ob samomoru pacienta je težko opisati, saj se pojavljajo razlike med doživljanjem pri različnih medicinskih sestrah in med posameznimi izkušnjami. Čustva in misli ob samomoru pacienta niso bila prisotna pri vseh medicinskih sestrah, kar je skladno z obstoječimi študijami (Hamel-Bissell, 1985; Talseth & Gilje, 2011). Posameznikova reakcija na samomor je namreč zelo individualna (Grad, 2011).

Medicinske sestre so ob samomoru pacienta doživljale različna čustva. Glede na intenzivnost so si čustva sledila od neprisotnosti čustvene reakcije, do presenečenja, občutenja žalosti ter občutka groze oz. šoka. Čustveni odzivi so trajali največ teden dni. Udeleženke niso poročale o fazah ali spreminjanju čustev skozi čas, kar je sicer značilno za bližnje po samomoru (Poštuvan, V tisku). Prav tako niso poročale o občutkih olajšanja, ki se včasih pojavljajo pri bližnjih po samomoru (isti vir). Najbližje občutkom olajšanja je bilo izražanje mnenja, da je pacient rešil sebe in ostale (kadar je pacient zlorabljal alkohol in bil nasilen do družine).

Glede na študije nivo izobrazbe nima pomembnega vpliva na doživljanje ob samomoru pacienta (Hamel-Bissell, 1985). Vendar pa ugotavljamo, da imajo srednje medicinske sestre manj stikov s pacienti kot diplomirane medicinske sestre, odnos s pacienti pa vpliva na doživljanje ob samomoru pacienta. V literaturi (Grad,

---

<sup>3</sup>Ne vemo koliko pacientov je o samomorilnih mislih govorilo z zdravnikom. Kot opisujemo v poglavju *Delo s samomorilnim pacientom*, so udeleženke opisovale, da je ocena samomorilnega vedenja v domeni zdravnika.

1999; Hamel-Bissell, 1985) zraven pogostosti in intenzivnosti dela s pacientom kot mediatorje doživljanja omenjajo tudi predvidljivost samomora, prisotnost stalne supervizije, razlago pacientovega samomora, trajanje zaposlitve v času samomora in osebnostno zrelost. Ob omenjenih dejavnikih velja izpostaviti predvsem pogostost in intenzivnost dela s pacienti (o čemer bomo pisali v sklopu koncepta *Delo s pacienti*).

Udeleženke so opisovale, da so se ob prejetju novice o samomoru pacienta s sodelavci (z ostalimi medicinskimi sestrami ali zdravnikom) pogosto pogovarjale o razlogih za samomor pacienta. Miselni odziv je bil torej osredotočen predvsem na pojasnjevanje dogodka (razmišljale so o dejavnikih tveganja in težavah pacienta). Poštuvan (V tisku) opisuje, da bližnji po samomoru potrebujejo razlage in pojasnila za samomor. Grad (b. l.) navaja, da zdravstveni delavci potrebujejo možnost, da pregledajo primer samomora skupaj z zunanjim ali notranjim svetovalcem. Naše ugotovitve kažejo, da bi medicinskim sestram možnost strokovne podpore (npr. supervizije) dala priložnost za pojasnjevanje dogodka ter možnost čustvene razbremenitve. Udeleženke so izražale, da se o obremenitvah, ki so vezane na službo, raje pogovorijo v službi kot doma. Poštuvan (V tisku) opisuje, da okolica po samomoru išče razlage za samomor, kar se lahko kaže tudi preko premlevanja s podobnimi ljudmi, kar lahko žalujoči doživijo kot govorice. "Ti procesi dajejo okolici možnost razumevanja in pojasnjevanja samomora: na ta način se razvijajo socialne predstave in osmišljanje dogodka. Okolica preko tega preverja in vzdržuje vrednote, ki ohranjajo stabilnost v družbi" (isti vir, str. 235).

Misli, vezane na obravnavo pacienta so bile redko prisotne, kar se povezuje z doživljanjem vloge medicinske sestre pri preprečevanju samomora. O tem bomo pisali v konceptu *Delo s samomorilnim pacientom*.

Na misli ob samomoru pacienta vplivajo izkušnje s samomorilnim vedenjem pri svojih znancih ali družinskih članih. Zaradi osebnih izkušenj je samomor lahko tema, ki medicinske sestre bolj zanima oz. jih "osebno" prizadene, kadar izvedo za samomor. Po drugi strani pa so se nekatere medicinske sestre spomnile osebne izkušnje s samomorilnim vedenjem tekom intervjuja. Rezultati naše študije kažejo, da je razmišljanje o samomoru večinoma neprisotno, kadar pa pride do samomora

pacienta ali znanca ali kadar se pogovarjajo o dogodku samomora, pride ponovno do podoživljanja vsebin in pojasnjevanja dogodkov. Na to kaže potek intervjuja, kjer smo spraševali zgolj o samomoru pacienta, slišali pa smo veliko ostalih izkušenj s samomorilnim vedenjem.

Zanimalo nas je, kako medicinske sestre doživljajo vpliv izkušnje samomora pacienta. Grad (b. l.) navaja, da medicinske sestre spadajo med strokovnjake, na katere ima samomor pacienta lahko vpliv, saj pogosto dobro poznajo paciente in njihove svojce. Podobno so udeleženke v naši študiji omenjale, da jim je huje, kadar umre pacient, ki so ga poznale oz. so si bile z njim blizu. Tudi avtorji Gulfi in dr. (2010) navajajo, da je huje zdravstvenim delavcem, ki so si bili blizu s pacientom. Udeleženke, ki so pri sebi zaznale vpliv samomora pacienta, so poročale, da se občasno spomnijo na osebo, ki je umrla zaradi samomora ali pa preiščujejo o dejavnikih tveganja. Iz vidika obravnave pacienta, sta dve udeleženki izrazili večjo občutljivost na znake samomorilnega vedenja.

Večina medicinskih sester je izrazila, da nanje izkušnja samomora pacienta ni imela vpliva. Gulfi in dr. (2010) podobno ugotavljajo, da ima samomor pacienta nizek do zmeren vpliv na zdravstvene delavce in da ima samomor najmanjši vpliv na občutek krivde. Tudi medicinske sestre iz naše študije niso omenjale občutka krivde ali sramu, ki je pogost pri bližnjih pri samomoru (Poštuvan, V tisku) in pri medicinskih sestrah iz psihiatričnih oddelkov (Takahashi in dr., 2011). Rezultati niso toliko presenetljivi, saj so bili bližnji po samomoru v ožjem socialnem krogu s pokojnikom kot so medicinske sestre. Vpliv samomora pacienta čez daljše časovno obdobje pojenja (Foley & Kelly, 2007; Gulfi in dr., 2010).

O vedenjskih in telesnih reakcijah ob samomoru pacienta udeleženke niso govorile, so pa poročale o njih, ko so opisovale posledice obremenitev v službi. Medicinske sestre so samomor pacienta pogosto doživljale različno stresno – večinoma so ga doživele kot enega od mnogih stresnih dogodkov v poklicu medicinske sestre. Koncept *Doživljanje samomora pacienta* se povezuje s konceptom *Delo medicinske sestre*.

Grad (b. l.) opisuje, da ima samomor pacienta vpliv tako na osebni kot na profesionalni ravni. Tudi v naši študiji smo prepoznali navedke, ki opisujejo vpliv na osebni ravni (udeleženske so bolj začele ceniti naravo in življenje ter postale manj kritične do svojih otrok) in vpliv na profesionalni ravni – dve udeleženci sta omenili, da zaradi samomora pacienta prej pomislita na možnost samomora pacienta; ena omenja, da prej posreduje zdravniku, kadar meni, da je pacient v stiski. Sestre sicer precej enotno opisujejo, da zdravnikom sporočijo, kadar menijo, da je pacient v stiski.

Medicinske sestre se bolj spominjajo izkušenj samomora pacienta, ki so se zgodile nedavno ali kadar je dogodek izstopal (npr. prisotnost na kraju dogodka svojega pacienta, kadar je umrlega pacienta našel otrok, kadar je umrli pustil za seboj majhne otroke in kadar si samomora niso znale pojasniti).

Rezultati kažejo, da medicinske sestre pogosto vedo za težave, s katerimi se pacienti soočajo, vendar redko pomislijo na možnost samomora. Morda zato, ker se vsak dan srečujejo s pacienti, ki so bolni in v stiski, samomor pacienta pa je redek dogodek.

*Doživljanje samomora pacienta se povezuje s konceptom Delo s samomorilnim pacientom in s konceptom Doživljanje samomora in pojasnjevanje sprožilcev za samomor.*

### **4.3 Delo s samomorilnim pacientom**

V konceptu *Delo s samomorilnim pacientom* smo zajeli opisovanje dela s pacientom, ki je kasneje umrl zaradi samomora in občutke, vezane na obravnavo tega pacienta. Zanimalo nas je tudi, če se medicinske sestre s pacienti kdaj pogovarjajo o samomorilnih mislih.

Medicinske sestre se s pacienti praviloma ne pogovarjajo o samomoru, razen, če sami izrazijo samomorilne misli. Večinoma izražajo mnenje, da pogovor o samomoru ni v njihovi pristojnosti in če prepoznajo, da je pacient v stiski, to posredujejo zdravniku. Večina medicinskih sester opisuje, da mora pacient sam opozoriti na stisko, saj sicer ne morejo vedeti, da ima pacient težave. Kendall in Wiles (2010) podobne občutke navajata pri zdravnikih, ki čutijo omejeno moč, saj

je po njihovem mnenju ocena samomorilne ogroženosti odvisna od pacientove iskrenosti.

Pacientom je pomembno, kako jih medicinske sestre sprejmejo. Ouzouni in Nakakis (2009) menita, da je pri samomorilnih pacientih neodzivnost na pacientove potrebe s strani medicinskih sester lahko dejavnik ponovnega poskusa samomora.

Medicinske sestre so izražale različno stopnjo naklonjenosti zdravljenju z antidepresivi, kar se je pokazalo tudi v študiji Poštuvan in dr. (2007).

Medicinske sestre so ob opisovanju izkušenj s samomorom pacienta opisovale tudi podrobnosti o obravnavi pacienta. Naši rezultati kažejo, da se sestre sicer retrospektivno skušajo spomniti, ali je pacient izkazoval znake samomorilnega vedenja, vendar pa si ne očitajo, da so jih spregledale. To so pojasnjevale s tem, da so naredile več, kot je v njihovi pristojnosti, da so bile do pacienta vedno prijazne in uvidevne in da pacient ni opozoril na stisko. Na odsotnost občutka vpliva tudi to, da so nekatere bile prisotne na kraju dogodka tujega pacienta – torej ga niso poznale. Ena sestra se je spraševala, če je morda kaj spregledala. Očitanje spregledanih znakov samomorilnega vedenja po samomoru je značilno za bližnje (Poštuvan, V tisku).

V nekaterih primerih so se medicinske sestre pogovarjale s pacientom o njegovih težavah, pri tem so lahko doživljale občutke neprijetnosti in nekompetentnosti. Ena udeleženka je opisovala odklanjanje pomoči s strani pacienta. Ključno je, da so sestre izobražene kako reagirati in da pridobijo bazična znanja iz področja psihološke pomoči. Takšno znanje ni samo varovalno za paciente, ampak tudi medicinskim sestram daje "orodje" za delo s pacienti v stiski in občutek koliko lahko same prispevajo.

Razloge za spregledane simptome samomorilnega vedenja v službi pripisujejo sistemskim dejavnikom (pomanjkanje časa) in individualnim dejavnikom (osebnostne lastnosti pacientov ali nedovzetnost strokovnjaka za simptome). Ob samomoru pacienta so udeleženke redko razmišljale o obravnavi pacienta. Sicer so se spraševale o prisotnosti samomorilnih simptomov pri zadnjem stiku, vendar so izražale mnenje, da so storile vse, kar je bilo v njihovi domeni. Takšno dojemanje



in razlaganje spregledanih simptomov je za medicinske sestre bolj funkcionalno – omogoča jim, da ohranijo pozitivno vrednotenje sebe kot medicinske sestre in jim verjetno pomaga, da nadaljujejo z delom. V tem segmentu se pojasnjevanje samomora pacienta povezuje s konceptom "*Jaz kot medicinska sestra*", kjer opisujemo "strategije preživetja" in njihovo funkcijo.

#### **4.4 Delo medicinske sestre**

Medicinske sestre so opisovale občutke preobremenjenosti in stresa na delovnem mestu. Grad (1999) navaja, da je samomor pacienta eden najbolj stresnih dogodkov v delovni karieri zdravstvenega delavca. Udeleženke v naši študiji so opisovale, da samomor pacienta ni najbolj stresna stvar na delovnem mestu, o čemer smo že pisali v konceptu *Doživljanje samomora pacienta*. Bolj stresno vidijo druge stvari, npr. preveč dela, pomanjkanje časa, urgentna stanja (predvsem pri mlajših osebah) in nestrpnost pacientov. Pomemben vir stresa predstavljajo občutki nerazumevanja na delovnem mestu ter iskanje napak s strani delodajalca. Podobno ugotavlja Laschinger (2010), ki je zapisal, da pomanjkanje podpore s strani sodelavcev moti optimalno zdravstveno obravnavo pacientov in povzroča stres med sodelavci.

Na zadovoljstvo v službi pomembno vpliva občutenje opore s strani sodelavcev (ostalih medicinskih sester, zdravnikov in delodajalca). O stresu v službi se želijo pogovoriti predvsem s sodelavci, manj pa doma. Udeleženkam je pomembno, da se lahko udeležujejo izobraževanj in sestankov. Kadar se na sestankih izpostavljajo napake, opisujejo nezadovoljstvo. Možnost odprtega pogovora o napakah ne vpliva dobro samo na medicinske sestre, temveč tudi na paciente, saj jim to omogoča pogovor, kadar so v dvomih. Večje zadovoljstvo udeleženke opisujejo, kadar imajo občutek avtonomije pri razporejanju časa in dela (kar v splošni ambulanti praviloma ni prisotno).

Medicinske sestre so izkazovale različna pričakovanja glede sistemov pomoči. Nekatere so omenjale prisotnost formalne pomoči (supervizija, izobraževanja, sestanki), druge pa neformalne (pogovor z zdravnikom, s sodelavkami, z družinskimi člani). Neformalna podpora je prevladujoč način opore pri zdravstvenih delavcih (Foley & Kelly, 2007). Medtem ko nekatere izražajo željo po možnosti pogovora s psihologom, supervizorjem ali z delodajalcem, druge o

dogodkih, kot je samomor pacienta, nimajo želje govoriti. Več raziskovalcev (Takahashi in dr., 2011; Grad, b. l.) piše o pomembnosti prepoznave in predelave emocionalnih odgovorov. Nepredelane čustvene izkušnje lahko imajo škodljive posledice za paciente in za zdravstvenega delavca (Grad, b. l.)

Skupinska srečanja medicinskih sester pomagajo pri spoznanju univerzalnosti žalovanja in zmanjšujejo samoobtoževanje in pretiran občutek odgovornosti (Valente & Saunders, 2002). Zavedanje emocionalnih odgovorov veča pripravljenost medicinskih sester za pridobivanje znanja in razvijanje odgovornosti, povezane s strokovno vlogo (Gilje & Talseth, 2007).

V naši študiji medicinske sestre niso izražale pričakovanj glede dogodka samomora pacienta. Nekateri zato, ker so bile zadovoljne s sistemi pomoči in prisotnimi izobraževanji, druge zato, ker niso menile, da bi delodajalec lahko kaj prispeval ob takem dogodku. Njihova pričakovanja se zato bolj navezujejo na vire stresa, s katerimi se vsakodnevno srečujejo. Do sistemov pomoči v primeru samomora pacienta so izražale ambivalentna pričakovanja, vendar pa si jih večina želi pogovora glede obremenitev (na sestankih, s supervizorjem ali s psihologom). V primeru sistemske urejene podpore je medicinske sestre potrebno izobraziti, da je o obremenitvah, strahovih in pričakovanjih primerno govoriti.

Medicinskim sestram je pomembno prepoznavanje njihovega truda s strani delodajalca in pacientov. Koncept *Delo medicinske sestre* se tako povezuje s konceptom *Identitete medicinske sestre*.

#### **4.5 Delo s pacienti**

*Delo s pacienti* je koncept, ki se povezuje tako s formalnimi vidiki, kot so npr. sistemski dejavniki, kot z bolj osebnimi, kot je identiteta medicinske sestre. Delo s pacienti se je pokazalo kot pomemben dejavnik pri doživljanju samomora pacienta. V konceptu *Delo s pacienti* predstavljamo način dela s pacienti, čas za paciente in vzpostavljen odnos med medicinsko sestro in pacientom. Opisovale so tudi različne razloge za neprisotnost pogovora na delovnem mestu in ovire, s katerimi se soočajo.

Nekatere udeleženke se ob delu ne morejo pogovarjati s pacienti. Kot razlog večinoma navajajo pomanjkanje časa, neustrezne prostorske pogoje ali ker to ni v njihovi pristojnosti. Nekatere poročajo, da v paciente ne želijo "vrtati". Večino časa se s pacienti pogovarjajo o strokovnih temah. Zanimivo je, da so večkrat izpostavile, da je psihično stanje pacienta obravnavano v sklopu referenčne ambulante, kjer je bolj natančno opredeljeno, da pacienta vprašajo po počutju.

Večina sester opisuje, da se pogovarjajo s pacienti, kolikor je ob delu možno. Prepoznavajo, da se pacienti želijo nekemu zaupati in takrat svetujejo po svojem občutku. Nekatere udeleženke tudi opisujejo, da se pacienti bolj zaupajo medicinskim sestram, kot pa zdravnikom. Rezultati kažejo, da ima medicinska sestra pomembno vlogo v prevenciji samomorilnega vedenja. Kot smo že omenili je pomembno, da sestre izobrazimo o osnovnih principih psihološke pomoči.

Kadar se medicinske sestre pogovarjajo s pacienti, se pojavlja ogromno novih vsebin. Pogovarjanje s pacienti namreč vpliva na občutek poznavanja pacientov, vzpostavi se zaupen odnos in poveča se verjetnost, da se pacienti odprejo.

Večina medicinskih sester je opisovala občutke poznavanja pacientov, nekatere paciente spoznajo že po glasu po telefonu. Ena udeleženka je opisala, da se na paciente *navežeš*. Pri odnosu s pacienti gre torej za globljo dimenzijo, kot je formalno določena, vzpostavljanje pristnega odnosa pa daje pacientom pogum, da se odprejo. Medicinske sestre večinoma opisujejo, da pacienti potrebujejo pogovor in jim je hudo, kadar jih zaradi pomanjkanja časa odslovijo. Odnos med medicinsko sestro in pacientom je v literaturi sicer pogosto preučevan (Dinç in Gastmans, 2013; Shuldham in dr., 2009).

Dinç in Gastmans (2013) poročata, da so/sta strokovne kompetence medicinske sestre in njena skrb za druge pomembna dejavnika pri razvijanju zaupanja. Udeleženke so pogosto navajale, da se pacienti zaupajo, kadar čutijo, da informacije ne bodo šle naprej, in kadar medicinske sestre že bolje poznajo. Medicinske sestre so opisovale, da potrebuješ čas, da spoznaš paciente (nekaj let), pri čemer je pomemben dejavnik tudi velikost kraja. Kadar medicinske sestre menjajo zaposlitev, takrat se znova začne proces spoznavanja pacientov.

Udeleženke smo spraševali, koliko jih zanima duševno stanje pacientov, vendar menimo, da je bilo vprašanje metodološko neustrezno. Znotraj intervjujev so se namreč pojavljala nasprotja (npr. da je udeleženka izrazila, da jo zanima duševno stanje pacientov, vendar jih ne vpraša po počutju in obratno). Menimo, da je vprašanje izzvalo socialno zaželeno odgovore, kar pomeni slabo poznavanje konceptov. Hkrati pa se je pogosto pojavilo nerazumevanje vprašanja, kar nakazuje, da beseda duševno stanje/zdravje pri nas ni tako pogosta.. Dajanje socialno zaželenih odgovorov pomeni slabo poznavanje konceptov.

Vzpostavljeno zaupanje med medicinsko sestro in pacientom pri sestrah povzroča zadovoljstvo (Dinç & Gastmans, 2013), kar so opisovale tudi udeleženke v naši študiji. Koncept *Delo s pacienti* se zato prekriva s konceptom *Identiteta medicinske sestre*.

#### **4.6 "Jaz kot medicinska sestra"**

V konceptu *"Jaz kot medicinska sestra"* smo zajeli vsebine, ki so se pojavljale ob intervjujih in so se nanašale na predstave medicinskih sester vezane na njihovo osebnost, poistovetenje s poklicem in strategije, ki jim pomagajo da lahko normalno delujejo.

Udeleženke so opisovale lastnosti, za katere menijo, da jih oseba, ki opravlja poklic medicinske sestre, mora posedovati. Menijo, da za delo z ljudmi potrebuješ lastnosti, kot so: empatija in občutek za delo z ljudmi. Ob medicinskih sestrah, ki teh kvalitete ne kažejo, izražajo nezadovoljstvo in razočaranje. Teorija socialne primerjave pravi, da se ljudje poistovetimo s socialnimi skupinami in kategorijami, ki jim pripadamo (Vec, 2007). Socialni identiteti pripisujemo ustrezno vedenje oz. norme za člane. Medicinske sestre so opisovale poistovetenje s svojim poklicem. Udeleženke opisujejo, da jim je pomembna kvalitetna obravnava pacientov. Veliko sester je opisovalo zadovoljstvo s svojim delom in poklicem. Kadar so pacienti zadovoljni z njihovim delom, opisujejo občutke nagrade. Poistovetenje z vlogo medicinske sestre je ugodno tako za paciente (ki so deležni skrbne nege) kot za sestre, ki opisujejo občutek nagrade ob zadovoljnih pacientih.

Pri tem, kaj je udeleženkam pomembno za opravljanje poklica medicinske sestre, se pojavlja razkorak med tem, kaj si želijo in kaj je realno možno. Sestre, ki se želijo pogovarjati s pacienti, spravlja v stisko občutek pomanjkanja časa za paciente. Poistovetenje s podobo medicinske sestre vpliva na to, koliko naredijo več od tega, kar je v njihovi pristojnosti. Kadar si vzamejo čas za pogovor s pacientom, občutijo več stresa, vendar pa je iz vidika preprečevanja samomorilnega vedenja za paciente to najbolj pomemben del. Ugotavljamo, da medicinske sestre iz vidika preprečevanja samomora naredijo največ ravno takrat, ko si vzamejo čas, izkažejo zanimanje za pacienta in so ga pripravljene poslušati.

O razbremenitvi medicinskih sester smo pisali v konceptu *Delo s pacienti*. Ugotavljamo, da sestre posedujejo določena prepričanja, ki jim pomagajo, da stresne dogodke v službi lažje prenašajo (označili smo jih z besedno zvezo "strategije preživetja"). Pogosto so opisovale, da so stresni dogodki del našega življenja ali njihove službe in da jim ne preostane drugega, kot da "*gredo naprej*". Podobna prepričanja smo zasledili ob pogovoru o samomoru pacienta. Udeležinke so pogosto izrazile mnenje, da pacientom pomagajo, *se trudijo, ampak da tudi to včasih ni dovolj*. Nekatere poročajo, da se *ščasoma utrdiš*. Pojasnjevanje dejavnikov tveganja skupaj s strategijami preživetja daje možnost distanciranja od dogodka samomora pacienta, hkrati pa omogoča ohranjanje pozitivne predstave o sebi (ob "vnaprej pripravljenih frazah" se ne ustavlja ob dvomih in skrbeh, ampak nadaljuje z delom).

#### **4.7 Opis Modela doživljanja samomora pacienta**

Študije doživljanja samomora se osredotočajo predvsem na čustvene odzive zdravstvenih delavcev, s trajanjem odziva ter vplivom na osebni in profesionalni ravni. Nekatere opisujejo tudi mediatorje, ki vplivajo na reakcijo ob samomoru pacienta (Grad, 1999). Obstoječi modeli ne upoštevajo vpliva sistema in identitete medicinske sestre, ki so se izkazali kot mediatorji, ki dajejo doživljanju samomora "ogrodje".

Podobno kot v študiji Poštuvan (V tisku) ugotavljamo, da lahko okolje ustvarja ovire ali pa spodbuja proces ponovnega vključevanja v delo in aktivnosti po samomoru bližnjega.

V modelu izhajamo iz zbranih podatkov in zato nismo predvidevali, katere vsebine se bodo pojavljale. Kot pomembni določevalci doživljanja samomora so se izkazali:

- (ne)fleksibilnost sistema (*sistem*);
- zaznana pristojnost oz. domena medicinske sestre (*domena*);
- poistovetenje z vlogo medicinske sestre in osebnotne lastnosti medicinske sestre (*identiteta*);
- vzpostavljen odnos s pacienti;
- prisotnost zadnjega stika (*zadnji stik*).

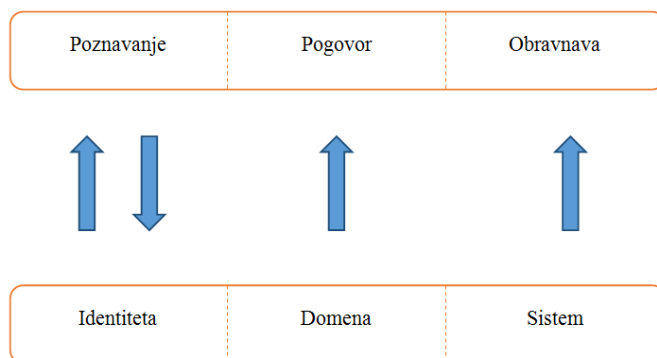
V nadaljevanju po korakih opisujemo odnose med posameznimi vsebinami, ki se na koncu povezujejo v skupen **Model doživljanja samomora pacienta**.

Z doživljanjem samomora pacienta je najbolj povezan odnos, ki je vzpostavljen med medicinsko sestro in pacientom. Vendar pa odnos ne obstaja "sam po sebi", ampak ga določajo:

- *Sistemske dejavniki*: sem spadajo dejavniki, kot so način dela, čas na voljo za paciente, prostorska razporeditev in delovno mesto.
- *Formalna in zaznana domena medicinske sestre*: medicinska sestra ima določeno domeno oz. pristojnost, ki po eni strani daje formalni okvir, po drugi pa dopušča možnost interpretacije. Domena daje vsebino pogovoru s pacientom.
- *Identiteta medicinske sestre*: vključuje poistovetenje s socialno identiteto medicinske sestre in osebnotne lastnosti medicinske sestre. Zajema vsebine odnosa s pacientom, ki so neformalne narave, saj jih določa medicinska sestra s svojo osebnostjo, prepričanji in naravnostjo.

Sistem, domena in identiteta torej tvorijo "ogrodje" za delo s pacienti. Na vzpostavljen odnos vplivajo tudi pacienti sami s svojo osebnostjo in z vedenjem (nekateri izražajo hvaležnost, drugi so nestrpni in nesramni; nekateri tožijo o težavah, drugi so zaprti vase).

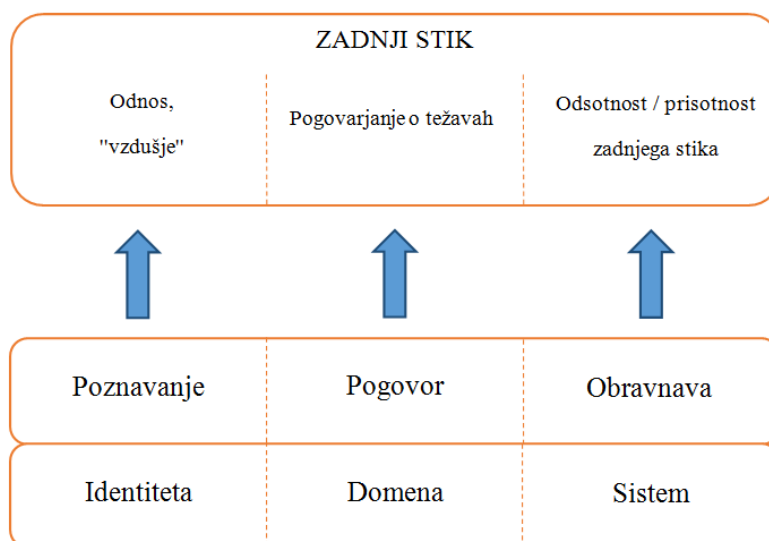
Vsebine dela s pacienti in njihove odnose ponazarjamo na Sliki 9:



Slika 8. Ogrodje in vsebine dela s pacienti

V spodnjem delu Slike 9 je prikazano ogrodje, ki določa delo s pacienti, v zgornjem delu slike pa so prikazane vsebine dela s pacienti. S puščicami smo nakazali smer določanja vsebin. Odnose opisujemo od desne proti levi strani sheme. Sistem določa formalno strukturo obravnave pacienta in daje informacijo o realno možnem obsegu dela. Domena medicinske sestre (določena in subjektivno zaznana) daje vsebino pogovoru s pacienti. Medicinske sestre se s pacienti pogovarjajo o vsebinah, za katere menijo, da so v njihovi domeni. Identiteta medicinske sestre zajema izražanje zanimanja za pogovarjanje s pacienti ter "posedovanje" osebnostnih lastnosti, ki so potrebne za delo z ljudmi. Interes za pogovarjanje s pacienti daje občutek poznavanja pacientov. S smerjo puščic smo nakazali smer vplivanja oz. določanja vsebin. Na levi strani sheme, smo označili puščici v obe smeri, saj občutek poznavanja pacientov krepi identiteto medicinske sestre. Pacienti, ki prepoznajo trud medicinske sestre namreč dajejo sestri občutek "nagrade" – odnos s pacienti tako vpliva nazaj na vsebino identitete medicinske sestre. Odnosi, ki smo jih ponazorili s puščicami, niso določeni, ampak se prepletajo, prav tako so razmerja med vsebinami različna glede na posamezno medicinsko sestro, pacienta, področje dela (splošna ambulanta, patronaža) ipd. Niti ni nujno, da se pri posamezni medicinski sestri odražajo vsi vidiki (npr. sestra, ki ji ni pomemben prijazen sprejem pacienta, najbrž ne bo doživljala občutka nagrade in potrditve ob izražanju hvaležnosti iz strani pacienta).

"Ogrodje" dela s pacienti vpliva na delo s pacienti, oboje skupaj pa določa naravo zadnjega stika (Slika 10).



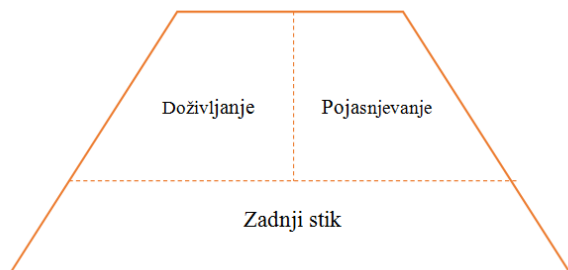
Slika 9. Določanje karakteristik zadnjega stika

Podobna smer "določanja vsebin" velja tudi na nivoju zadnjega stika. Različni dejavniki se bolj povezujejo z različnimi vsebinami zadnjega stika. *Sistemske dejavniki* določajo naravo zadnjega stika s pacientom. Če ponazorimo: ob delu na terenu je sestra praviloma prisotna na kraju dogodka samomora tujega pacienta, ob pretežno administrativnem delu ima omejen stik, ob obisku na domu pa je stik lahko zelo obširen.

*Domena* medicinske sestre določa vsebine (in prisotnost) pogovora s pacientom. V primeru zadnjega stika to pomeni tudi določanje trajanja in vsebine pogovora. Na vsebino pogovora vpliva tudi *identiteta* medicinske sestre (v tem primeru predvsem pripravljenost poslušanja pacienta). Občutek poznavanja pacientov je povezan z vzpostavljenim odnosom s pacientom, ta pa močno vpliva na "vzdušje" ob zadnjem stiku. Izraz "vzdušje" smo prevzeli od patronažne sestre, ki je ob zadnjem stiku opisovala domače vzdušje in menimo, da dobro odraža odnos oz. razpoloženje, ki se ustvari, kadar se medicinska sestra pogovarja s pacientom, ki ga dobro pozna. Sestre s svojo osebnostjo in poznavanjem pacientov tako lahko ustvarjajo vzdušje zaupnosti, dobrega razpoloženja ipd., svoj del pa ponovno prispeva tudi pacient s svojim razpoloženjem. Na desni strani sheme se pojavljajo bolj formalne in rigidne vsebine, ko se pomikamo proti levi strani sheme pa se pojavljajo vedno bolj čustvene vsebine. Podobno smo karikirali tudi doživljanje ob samomoru pacienta, kjer levi del predstavlja čustvene odzive, desni pa miselne.



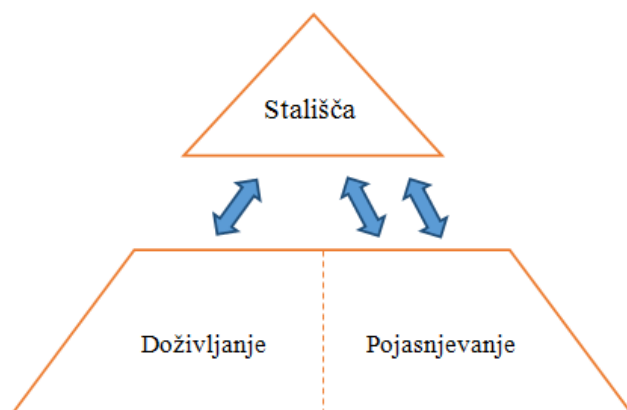
Na Sliki 10 smo ponazorili shemo odnosov med vsebinami, vendar pa se vsebine med posameznimi nivoji, kot tudi znotraj njih, prepletajo.



Slika 10. Zadnji stik in doživljanje samomora pacienta

Na Sliki 10 ponazarjamo povezanost med zadnjim stikom in doživljanjem samomora pacienta. Zadnji stik razširi oz. daje več vsebine čustvenim in miselnim odzivom ob samomoru pacienta. Medicinske sestre si samomor pacienta skušajo nekako pojasniti in ga preko tega integrirati. Kadar se spomnijo zadnjega stika, si preko informacij o pacientu in o vsebini pogovora iz zadnjega stika skušajo razložiti dogodek samomora. Vzpostavljen odnos oz. občutek poznavanja pacienta vpliva na prisotnost in intenzivnost čustvene reakcije. Zadnji stik tako razširi vsebine doživljanja ob samomoru pacienta.

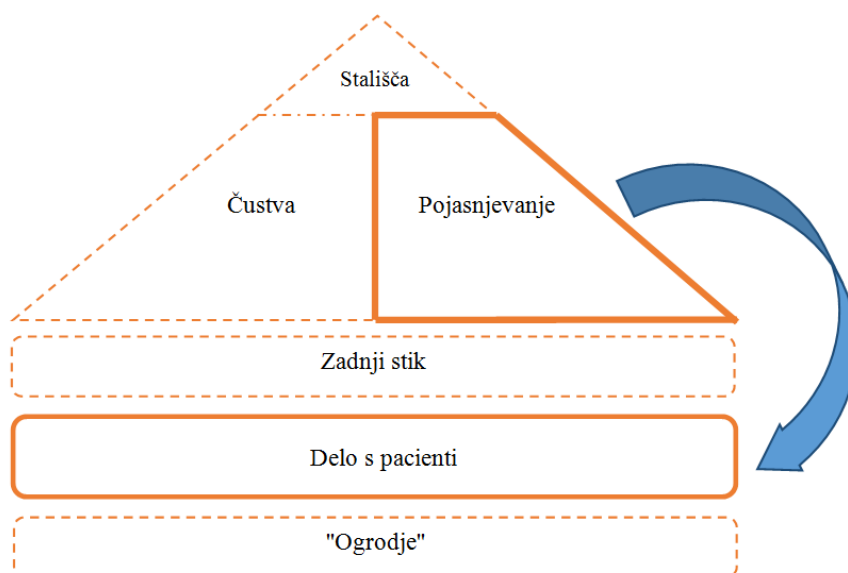
Na doživljanje samomora pacienta vplivajo tudi stališča o samomoru in ljudeh, ki so umrli zaradi samomora (Slika 11).



Slika 11. Odnos med stališči in doživljanjem samomora pacienta

Na Sliki 11 smo s puščicami ponazorili odnos med stališči o samomoru in doživljanjem samomora pacienta. Stališča o samomoru so povezana s konkretnimi izkušnjami s samomorilnim vedenjem (torej tudi s samomorom pacienta). Kognitivna komponenta stališč se prekriva s pojasnjevanjem konkretne izkušnje, pri čemer si pojasnimo samomor glede na obstoječa stališča, izkušnja s samomorom pa potrjuje ali ovrže obstoječa stališča. Ta odnos pojasni zakaj toliko težje razumemo, kadar se samomor zgodi v *umirjeni družini*, saj se ne sklada z našimi predstavami. Do neke mere se tudi čustveni odziv ob samomoru pacienta povezuje s stališči (afektivna komponenta), vendar pa težko govorimo o značilnostih povezave. Udeleženske so poročale o splošnem občutku zavračanja samomora, občutkih žalosti in obžalovanju. Bližnji po samomoru poročajo o sramu in krivdi (Poštuvan, V tisku). Ob samomoru se torej pojavljajo čustvene vsebine, ki pri nenadni smrti morda niso prisotne. Samomor je tudi obremenjen s tabuji in ima močno čustveno konotacijo.

Model doživljanja samomora pacienta pojasnjuje tudi vpliv izkušnje samomora pacienta na obravnavo pacientov (karikirano na sliki 12).

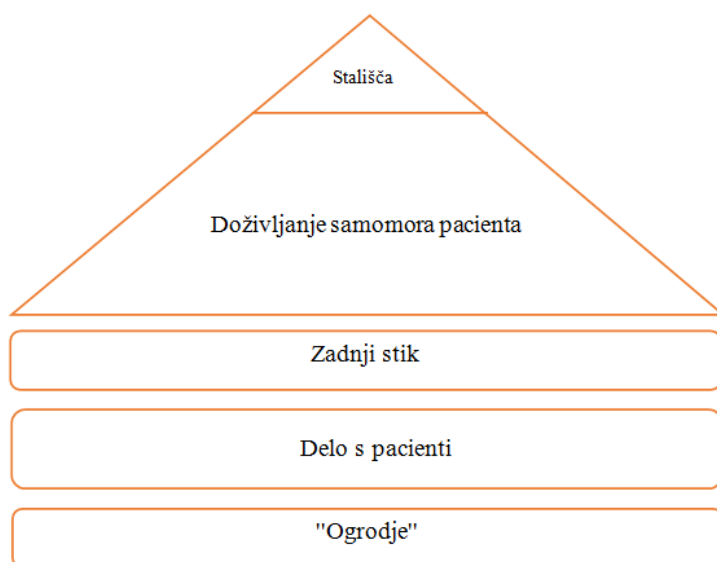


*Slika 11.* Vpliv izkušnje samomora pacienta na delo s pacienti

Model predvideva, da je od tega kako si medicinska sestra pojasni izkušnjo samomora pacienta, odvisno ali bo izkušnja imela vpliv na nadaljnjo delo s pacienti.

Vpliv se lahko kaže v večji občutljivosti na simptome samomorilnega vedenja in pogostejšem posvetovanju z zdravnikom ob zaznani stiski pacienta. Vpliv na obravnavo bo tako z večjo verjetnostjo prisoten, če medicinska sestra, meni, da bi lahko igrala vlogo<sup>4</sup> v poteku dogodka samomora pacienta (zaradi vzpostavljenega odnosa s pacientom, vsebine zadnjega stika, zaznane domene, stališča, da je samomor možno preprečiti ipd.). Kadar si medicinska sestra dogodek pojasni drugače (npr. da samomora ni možno preprečiti, da pacienta ne pozna, da je v njeni domeni izključno telesna zdravstvena oskrba in/ali da je pacientu bilo usojeno umreti), takrat tudi nima "podlage", da v obravnavi kaj spremeni.

Na Sliki 13 predstavljamo shemo celotnega Modela doživljanja samomora pacienta pri medicinskih sestrah.



*Slika 12.* Model doživljanja samomora pacienta pri medicinskih sestrah

Model predvideva več nivojev (formalni in neformalni, miselni/čustveni aspekti) ter celostno pojasnjuje doživljanje samomora pacienta in odnose med posameznimi koncepti. Pojasnjuje zakaj se doživljanje samomora pacienta razlikuje ne samo med medicinskimi sestrami, temveč tudi pri eni medicinski sestri ob več izkušnjah. V

---

<sup>4</sup> Predvsem v smislu, da bi lahko prepoznala simptome samomorilnega vedenja in pacienta napotila naprej.

modelu smo se osredotočili na pojasnjevanje vsebin in manj na opisno raven (ki je zajeta v poglavjih Rezultati in Interpretacija).

Model ne predvideva enoznačnih povezav med posameznimi vsebinami. Prepletenost in kompleksnost pojava je razvidna iz poglavja Interpretacija, kjer smo pri vsakem konceptu zapisali kako se vsebine povezujejo.

Na vseh področjih, ki smo jih zajeli, je možno povzeti iztočnice, ki delujejo varovalno na paciente v obravnavi.

#### **4.8 Predlogi za prevencijo samomorilnega vedenja na podlagi Modela doživljanja samomora pacienta**

Na podlagi *Modela doživljanja samomora pacienta* ter ob vsebinah, ki so se pojavljale tekom intervjuja, smo na kratko povzeli iztočnice, ki *delujejo varovalno* za paciente:

- *Stališča*, da je samomor možno preprečiti, da ljudje o stiskah moramo govoriti in da je o samomoru potrebno govoriti.
- *Ob izkušnji samomora pacienta*: razmišljanje o simptomih samomorilnega vedenja, pogovarjanje z zdravnikom in svojci, sklic sestanka in pogovor s supervizorjem (ali drugim strokovnjakom). Iskanje dodatnih virov pomoči kadar je to potrebno.
- *Odnos s pacienti*: izražanje iskrenega zanimanja za paciente, preverjanje počutja, poslušanje, vljudnost ob sprejemu pacientov; seznanjanje o možnih virih pomoči, spraševanje po samomorilnih mislih. Celostna obravnava pacienta (fizični in psihični vidik).
- *Delo*: možnost razporejanja časa; možnost odprtega pogovora o napakah, negotovostih, prisotnost sistemov pomoči (sestankov, supervizije).
- *Odnosi na delovnem mestu*: vzpostavljen dober odnos z zdravnikom, ki omogoča, da sestra lažje opozori na stisko pacienta;
- *Domena medicinske sestre*: občutenje, da je pogovor s pacienti in zanimanje za počutje pacientov v domeni medicinske sestre.
- *Prostorska razporeditev in obveščanje o virih pomoči*: prostori, ki so urejeni na način, ki omogoča pogovarjanje s pacienti (npr. en pacient čaka pri medicinski sestri preden gre k zdravniku). Kjer imajo pacienti ločeno

čakalnico, je na steno možno obesiti plakat z viri pomoči (npr. številke telefonov za pomoč v stiski, seznam psihologov/psihoterapevtov, pristojne institucije na katere se lahko ljudje v stiski obrnejo). Nekateri pacienti ne vedo, da se lahko na osebnega zdravnika obrnejo tudi kadar so v stiski. Medicinske sestre naj seznanjajo paciente s to možnostjo.

- *Osebnost medicinske sestre*: oseba, ki prepoznava pomembnost pogovora in spoštuje druge ljudi; ki prepoznava in ima vpogled v lastna čustva/stisko in išče možnosti razbremenitve/pogovora.
- *Izobraževanje iz preprečitve samomora*: pridobivanje veščin kako vprašati po samomorilnih mislih in preverjanje prepričanj, ki so zmotna (npr. da pacienti, ki opozarjajo na samomor tega ne storijo; da bo spraševanje po samomorilnih mislih pacienta pahnilo v večjo stisko).

## 4.9 Zaključek

V nalogi smo preučevali doživljanje samomora pacienta pri medicinskih sestrah. Na podlagi ugotovitev smo oblikovali *Model doživljanja samomora pacienta*, ki pojasnjuje vsebine doživljanja samomora pacienta in mediatorje, ki se z doživljanjem povezujejo. Model pojasnjuje naravo doživljanja samomora pacienta ter prisotnost (ali odsotnost) in intenzivnost reakcij ob samomoru pacienta. Uporaba utemeljene teorije nam je omogočila, da smo doživljanje zajeli čim bolj celostno.

Iz področja doživljanja samomora pacienta pri medicinskih sestrah iz splošne ambulante še ni bila (vsaj po naši vednosti) opravljena nobena študija. Zato tudi nismo imeli pričakovanj glede vsebin doživljanja ob samomoru pacienta. Naše ugotovitve kažejo, da je področje doživljanja samomora pacienta kompleksen pojav, pri katerem moramo vzeti v ozir predvsem odnos, ki ga vzpostavlja medicinska sestra s svojimi pacienti. Ob intervjujih so se odpirale teme, koliko si medicinske sestre želijo stika s pacienti in na kak način (nekateri so izražale stisko ob občutku pomanjkanja časa za paciente, druge so se s pacienti pogovarjale ob delu in tretje se s to temo niso toliko ukvarjale). Ob opisovanju odnosa s pacienti so se pojavljale vsebinsko zelo obširne teme, ki so se na eni strani navezovale na formalne omejitve (sistem, domena in način dela) ter na drugi strani na vprašanja identitete in osebnostne lastnosti medicinske sestre. Vse omenjene vsebine so prepletene z doživljanjem samomora pacienta, ki je bilo osrednja tema naše naloge. Uporaba utemeljene teorije nam je omogočila, da smo teme, ki so se pojavljale, povezali v model, ki je osnovan na konkretnih podatkih in skuša preseči zgolj opisovanje pojava.

Študije, ki bi podajale razumevanje doživljanja samomora iz strani medicinskih sester zaposlenih v splošni ambulanti po našem znanju ne obstajajo. Opravljena raziskava prispeva k razumevanju doživljanja samomora iz strani medicinskih tehnikov, kar je relevantno za klinično prakso. Poznavanje značilnosti doživljanja samomora pacienta lahko pomaga medicinskih tehnikom, da se boljše zavedo svojih reakcij na samomor pacienta. Prav tako vzbudi kritično refleksijo na to, kako stališča in doživljanje vplivata na obravnavo pacientov, ki so samomorilno ogroženi.

Študija daje priložnost za pridobivanje novih spoznanj in preverjanje predpostavk modela z metodami, ki omogočajo večjo posplošljivost rezultatov (kvantitativne metode).

V nadaljevanju opisujemo pomanjkljivosti naše študije.

Intervjuvali smo udeleženske, ki so se odzvale na naše vabilo k sodelovanju v raziskavi. Ostali medicinski tehniki morda menijo in čutijo drugače. Prav tako so udeleženci poročali retrogradno kako je izkušnja vplivala na njih, kar je morda vplivalo na točnost poročanja o doživljanju.

Kvalitativni pristop k obdelavi podatkov vidi intervjuvančevo mnenje kot odraz njegove socialne realnosti. To pomeni, da težko zavzamemo kritičen odnos do tega, zakaj imajo udeleženci takšno mnenje, kot ga imajo. Kvalitativne študije imajo omejeno možnost generalizacije rezultatov. Do neke mere so subjektivne, saj bi drug raziskovalec morda prišel do drugačnih zaključnih zaključkov in bi postavljaj drugačna vprašanja. Z izbiro utemeljene metode smo to omejitev zmanjšali, saj nam je omogočala vključevanje novih vsebin, ki so se izkazale za pomembne. Namen kvalitativnih študij ni posploševanje rezultatov, temveč poglobljeno razumevanje pojava (v našem primeru doživljanja samomora pacienta).

Potrebno je omeniti, da je večina raziskav, ki so na voljo za razumevanje doživljanja samomora pri medicinskih tehnikih, narejenih v Evropi in Severni Ameriki. Za boljše razumevanje tega fenomena so potrebne raziskave iz drugih geografskih področij.

Pri izvajanju intervjujev smo pogosto bili časovno omejeni, saj smo jih večinoma izvajali v službenem času. Daljši intervju bi nam omogočil vzpostavitev bolj zaupnega odnosa, kar bi morda vplivalo na pojavljanje novih tem in lažje razkrivanje svojega doživljanja.

Potrebno je poudariti, da je reakcija ob samomoru individualna, zato so tudi potrebe zdravstvenih delavcev ob takem dogodku individualne. To moramo imeti v mislih kadar snujemo programe za pomoč zdravstvenim delavcem.

Na podlagi študije prepoznavamo pomembnost izobraževanja medicinskih tehnikov iz osnov psihološke pomoči in prepoznave samomorilne ogroženosti. Prav tako je pomembno, da medicinski tehniki ob občutkih obremenjenosti ali stresa iščejo vire pomoči zase – po podatkih naše študije jih najpogosteje najdejo v hobijih, formalnem ali neformalnem pogovoru.



## 5 VIRI IN LITERATURA

- Akechi T., Sakuma, K., Okamura, M., Akizuki, N., Oba, A., Nakano, T. & Uchitomi, Y. (2003). Trauma in a nurse after patient suicide. *Psychosomatics*, 44(6), 522-523.
- Ballard, E. D., Maryland, P., Henderson, D., Lee, L. M., Bostwick, J. M. & Rosenstein, D. L. (2008). Suicide in the medical setting. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34(8), 474-481.
- Botega, N. J., da Silva, S. V., Rapeli, C. B. & Cecconi, J. P. (2005). Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 315-318.
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M. & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405. doi:10.1017/S0033291702006943
- Chan, S. W., Chien, W. & Tso, S. (2009). Evaluating nurses' knowledge, attitude and competency after an education programme on suicide prevention. *Nurse Education Today*, 29(7), 763-769.
- Charmaz, K. (1996). The search for meanings – grounded theory. V J. A. Smith, R. Harré & L. Van Langenhove (ur.), *Rethinking Methods in Psychology* (str. 27-49): Sage publications.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. SAGE Publications: London.
- Davidsen, A. S. (2011). 'And then one day he'd shot himself. Then I was really shocked': General practitioners' reaction to patient suicide. *Patient Education and Counseling*, 85, 113-118.
- Deisenhammer, E. A., Huber, M., Kemmler, G., Weiss, M. E. & Hinterhuber (2007). Suicide victims' contacts with physicians during the year before death. *European Archives of Psychiatry and Neuroscience*, 257, 480-485. doi: 10.1007/s00406-007-0751-1
- De Leo, D., Draper, B. M., Snowdon, J. & Kölves, K. (2013). Contacts with health professionals before suicide: Missed opportunities for prevention? *Comprehensive Psychiatry*, 54, 1117-1123. doi:10.1016/j.comppsy.2013.05.007

- Dinç, L. & Gastman, C. (2013). Trust in nurse-patient relationships: A literature review. *Nursing Ethics*, 20(5), 501-516
- Draper, B. (1995). Prevention of suicide in old age. *The Medical Journal of Australia*, 162, 533-534.
- Draper, B., Snowdon, J. & Wyder, M. (2008). A pilot study of the suicide victim's last contact with a health professional. *Crisis*, 29(2), 96-101. doi:10.1027/0227-5910.29.2.96
- Foley, S. R. & Kelly, B. D. (2007). When a patient dies by suicide: incidence, implications and coping strategies. *Advances in psychiatric treatment*, 13, 134-138. doi:10.1192/apt.bp.106.002501
- Gilje, F. & Talseth, A. G. (2007). Mediating consolation with suicidal patients. *Nursing Ethics*, 14, 546-557.
- Grad, O. T. (b. l.). *Guidelines to assist clinical staff after the suicide of a patient*. Pretočeno s [http://www.iasp.info/pdf/postvention/guidelines\\_to\\_assist\\_clinical\\_staff\\_after\\_suicide\\_patient\\_grad.pdf](http://www.iasp.info/pdf/postvention/guidelines_to_assist_clinical_staff_after_suicide_patient_grad.pdf)
- Grad, O. T. (1999). Kako preživeti samomor bližnjega? V Romih, J., & Žmitek, A. (ur.). (1999). *Urgentna stanja v psihiatriji: Zbornik*. Begunje: Psihiatrična bolnišnica.
- Grad, O. (2011). The sequelae of suicide: Survivors. V R O'Connor, S. Platt & J. Gordon (ur.), *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice* (str. 561-576). Malden: Wiley-Blackwell.
- Gould, M. & Kramer, R. (2001). Youth suicide prevention. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 31, 6-31.
- Gulfi, A., Dransart, D. A. C., Heeb, J.-L. & Gutjahr, E. (2010). The impact of patient suicide on the professional reactions and practices of mental health caregivers and social workers. *Crisis*, 31(4), 202-210. doi:10.1027/0227-5910/a000027
- Hamel-Bissell, B. P. (1985). Suicidal casework: Assessing nurses' reactions. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*. 23(10), 20-23.

- Heikkinen, M. E., Isometsa, E. T., Marttunen, M. J., Aro, H. M. & Lönnqvist, J. K. (1995). Social factors in suicide. *British Journal of Psychiatry*, 167, 747-753.
- Herron, J., Ticehurst, H., Appleby, L., Perry, A. & Cordingley, L. (2001). Attitudes toward suicide prevention in front-line health staff. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(3), 342-347.
- Isometsa, E. T., Heikkinen, M. E., Marttunen, M. J., Henriksson, M. M., Aro, H. M. & Lönnqvist, J. K. (1995). The last appointment before suicide: Is suicide intent communicated? *The American Journal of Psychiatry*, 152(6), 919-922.
- Kendall, K. & Wiles, R. (2010). Resisting blame and managing emotion in general practice: The case of patient suicide. *Social Science & Medicine*, 70, 1714-1720.
- Kjølseth, I., Ekeberg, Ø. & Steihaug, S. (2010). Elderly people who committed suicide – their contact with the health service. What did they expect, and what did they get? *Aging & Mental Health*, 14(8), 938-946.
- Kodaka, M., Poštuvan, V., Inagaki, M. & Yamada, M. (2010). A systematic review of scales that measure attitudes towards suicide. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(4), 338-361. doi: 10.1177/0020764009357399
- Laschinger, H. K. S. (2010). Positive working relationship matter for better nurse and patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 18, 875-877.
- Lester, D. (2006). Suicide and islam. *Archives of Suicide Research*, 10, 77-97.
- Luoma, J. B., Martin, C. E. & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *The American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909-916.
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., ... , Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *JAMA*, 294(16), 2064-2074.
- Maris, R. W. (2002). Suicide. *The Lancet*, 360, 319-326.

- Marušič, A. (1998). Suicide mortality in Slovenia: Regional variation. *Crisis*, 19(4), 159-166.
- Moskos, M., Olson, L., Liabern, S., Keller, T. & Gray, D. (2005). Utah youth suicide study: Psychological autopsy. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 35(5), 536-546.
- Obafunwa, J. O. & Busuttil, A. (1994). Clinical contact preceding suicide. *Postgraduate Medical Journal*, 70, 428-432.
- Ouzouni, C. & Nakakis, K. (2009). Attitudes towards attempted suicide: the development of a measurement tool. *Health Science Journal*, 3(4), 222-231.
- Owens, C., Lambert, H., Donovan, J. & Lloyd, K. R. (2005). *British Journal of General Practice*, 55(516), 503-509.
- Pearson, A., Saini, P., Da Cruz, D., Miles, C., While, D., Swinson, D., ... , Kapur, N. (2009). Primary care contact prior to suicide in individuals with mental illness. *British Journal of General Practice*, 59, 825-832. doi:10.3399/bjgp09X472881
- Pearson, J. L., Conwell, Y. & Lyness, J. M. (1997). Late-life suicide and depression in the primary care setting. *New Directions for Mental Health Services*, 76, 13-38.
- Pirkis, J. & Burgess, P. (1998). Suicide and recency of health care contacts: A systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 173, 462-474. doi:10.1192/bjp.173.6.462
- Poštuvan, V. (V tisku). *Doživljanje samomora ter varovalni dejavniki in dejavniki tveganja v procesu reintegracije bližnjih po samomoru [doktorska disertacija]*. Ljubljana: Filozofska fakulteta.
- Poštuvan, V., Bečaj, J. & Marušič, A. (2007). Nurses' attitudes towards depression: A study in Slovenia. *Psychiatria Danubina*, 19(1-2), 61-67.
- Rihmer, Z. (2001). Can better recognition and treatment of depression reduce suicide rates? A brief review. *European Psychiatry*, 16(7), 406-409.
- Rodi M. P., Roškar, S. & Marušič, A. (2009). Suicide victims' last contact with primary care physician: Report from Slovenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 56, 280-287. doi:10.1177/0020764009105330

- Roškar, S., Podlesek, A., Zorko, M., Tavčar, R., Dernovšek, M. Z., Groleger, U., . . . Marušič, A. (2010). Effects on training program on recognition and management of depression and suicide risk evaluation for Slovenian primary-care physicians: Follow-up study. *Croatian Medical Journal*, 51(3), 237-242.
- Roškar, S., Tančič Grum, A. & Poštuvan, V. (2012). Development and implementation of suicide prevention activities – Report from Slovenija. V. Olisah, (Ed.), *Essential Notes in Psychiatry*, (pp. 333-354). InTech. doi:10.5772/37944.
- Samuelsson, M., Sunbring, Y., Winell, I., Åsberg, M. (1997). Nurses' attitudes to attempted suicide patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 11(4), 232-237.
- Schulberg, H. C., Hyg, M. S., Bruce, M. L., Lee, P. W., Williams, J. W. & Dietrich, A. J. (2004). Preventing suicide in primary care patients: the primary care physician's role. *General Hospital Psychiatry*, 26, 337-345. doi:10.1016/j.genhosppsy.2004.06.007
- Shuldam, C., Parkin, C., Firouzi, A., Roghton, M. & Lau-Walker, M. (2009). The relationship between nurse staffing and patient outcomes: A case study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 986-992.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W. & Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part II: Suicide-related ideations, communications and behaviours. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37, 264-277.
- Stanistreet, D., Gabbay, M. B., Jeffrey, V. & Taylor, S. (2004). The role of primary care in the prevention of suicide and accidental deaths among young men: an epidemiological study. *British Journal of General Practice*, 54, 254-258.
- Statistični urad republike Slovenije (SURS). Demografsko socialno področje. Prebivalstvo. Umrli, zaradi posledic nezgod in samomorov, Slovenija, letno. Pridobljeno 11. 5. 2014, iz: <http://pxweb.stat.si/pxweb/Dialog/varval.asp?ma=05L3007S&ti=&path=../>

Database/Dem\_soc/05\_prebivalstvo/32\_Umrljivost/15\_05L30\_umrli-  
vzrok/&lang=2

- Swanke, J. R. & Buila, S. M. D. (2010). Gatekeeper training for caregivers and professionals: A variation on suicide prevention. *Advances in Mental Health, 9*, 98-104.
- Takahashi, C., Chida, F., Nakamura, H., Akasaka, H., Yagi, J., Koeda, A., . . . Sakai, A. (2011). The impact of inpatient suicide on psychiatric nurses and their need for support. *BMC Psychiatry, 11*(38). doi:10.1186/1471-244X-11-38
- Talseth, A.-G. & Gilje, F. L. (2011). Nurses' responses to suicide and suicidal patients: a critical interpretive synthesis. *Journal of Clinical Nursing, 20*, 1651-1667. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03490.x
- Tzeng, W.-C., Yang, C.-I., Tzeng, N.-S., Ma, H.-S. & Chen, L. (2010). The inner door: toward an understanding of suicidal patients. *Journal of Clinical Nursing, 19*, 1396–1404. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03002.x
- Valente, S. M. & Saunders, J. M. (2002). Nurses' grief reactions to a patient's suicide. *Perspectives in Psychiatric Care, 38*(1), 5-14.
- Värnik, A., Kõlves, K., van der Feltz-Cornelis, C. M., Marusic, A., Oskarsson, H., Palmer, A., . . . Hegerl, U. (2008). Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression". *Journal of Epidemiology and Community Health, 62*, 545-551. doi:10.1136/jech.2007.065391
- WHO. Programmes and projects. Mental health. Suicide prevention. Suicide prevention (SUPRE). Pretočeno s: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)
- WHO, European mortality database (MDB). Pretočeno s: <http://data.euro.who.int/hfamdb/>
- WHO (2004). Health topics. Noncommunicable diseases. Mental health. Data and statistics. Pretočeno s: <http://www.who.int/features/qa/24/en/>
- WHO (2002). *Suicide prevention in Europe. The WHO European monitoring survey on national suicide prevention programmes and strategies.*

- WHO (2003). World Health Report 2003. Shaping the future. WHO: Geneva.
- Willig, C. (2008). *Introducing qualitative research in psychology: Adventures in theory and method* (2nd ed.). Berkshire: Open University Press.
- Windfuhr, K. & Kapur, N. (2011). International perspectives on the epidemiology and aetiology of suicide and self-harm. V R. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (ur.), *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice* (str. 27-57). Malden: Wiley-Blackwell.
- Zihelr, S. & Pregelj, P. (2010). Samomorilnost v Sloveniji. *Zdravniški vestnik*, 79, 559-562.
- Železnik, D. (ur.). (2011). *Aktivnosti zdravstvene nege za diplomirane medicinske sestre in tehnike zdravstvene nege v ambulanti družinske medicine*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- Zbornica-zveza (2014). *Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije*. Pretočeno s: <http://www.zbornica-zveza.si/sl/o-zbornici-zvezi/o-poklicu>

## 6 PRILOGE

### 6.1 Vabili k sodelovanju v študiji<sup>5</sup>

### VABILO K SODELOVANJU PRI RAZISKAVI O DOŽIVLJANJU SAMOMORA PRI MEDICINSKIH TEHNIKIH



Večina ljudi nekaj mesecev ali tednov pred samomorom obišče zdravnika. Tako ima večina zdravstvenih delavcev za seboj že izkušnjo, da je pacient umrl zaradi samomora. S pomočjo raziskave želimo raziskati, kako medicinski tehniki doživljajo samomor in kakšne izkušnje imajo s pacienti, ki so umrli zaradi samomora ter tako prispevati k razumevanju razsežnosti samomora.

#### KDO LAHKO SODELUJE?

K raziskavi vabimo **MEDICINSKE SESTRE** in **ZDRAVSTVENE TEHNIKE SPLOŠNE MEDICINE**, ki se spomnijo, da je tekom njihove delovne kariere pacient umrl zaradi samomora. Pri tem ni pomembno koliko časa je minilo od dogodka.

#### KAKO BO SODELOVANJE POTEKALO?

Raziskava zajema **INTERVJU**, ki traja približno 1 uro. Sodelovanje je **PROSTOVOLJNO IN ZAUPNO**. Če na katero vprašanje ne želite odgovoriti, ga lahko zavrnete.

#### KAKO BODO PODATKI UPORABLJENI?

Skupni rezultati ob koncu raziskave bodo uporabljeni v magistrski nalogi na podiplomskem študiju psihologije ter v morebitnih publikacijah, ki bodo izšle na podlagi raziskave. Podatki bodo vključeni tudi v okviru raziskovalnega dela Slovenskega centra za raziskovanje samomora. V okviru tega je raziskavo **ODOBRILA KOMISIJA RS ZA MEDICINSKO ETIKO**.

V primeru zanimanja za sodelovanje v raziskavi ali dodatnih vprašanj glede raziskave, nas lahko pokličete na mobilno številko **031 \*\*\* \*\***, nam pošljete sms ali nam pišete na e-naslov **cus.anja@gmail.com**.

 Slovenski center za raziskovanje samomora

 Univerza v Mariboru  
Filozofska fakulteta

Slika 13. Vabilo, poslano na elektronske naslove

<sup>5</sup> Zaradi javne objave magistrskega dela smo zakrili telefonsko številko izvajalke raziskave. V preostalo vsebino in obliko vabila nismo posegali. Opomba velja za obe prikazani vabili.



### KJE BODO PODATKI UPORABLJENI?

Skupni rezultati ob koncu raziskave bodo uporabljeni v **magistrski nalogi na podiplomskem študiju psihologije** ter v morebitnih publikacijah, ki bodo izšle na podlagi raziskave. Podatki bodo vključeni tudi v okviru raziskovalnega dela **Slovenskega centra za raziskovanje samomora**. V okviru tega je raziskava **ODOBRILA KOMISIJA RS ZA MEDICINSKO ETIKO**.

### KAKO SE PRIJAVIM?

V primeru zanimanja za sodelovanje v raziskavi ali dodatnih vprašanj glede raziskave, nas lahko pokličete na mobilno številko **031 \*\*\*\* \*\*\*\***, nam pošijete sms ali nam pišete na e-naslov **cus.anja@gmail.com**.

### KDO IZVAJA RAZISKAVO?

Raziskavo izvaja **Anja Čuš**, univ. dipl. psih., pod strokovnim vodstvom asist. **Vite Poštuvan**, univ. dipl. psih., namestnice vodje Slovenskega centra za raziskovanje samomora.



**Slovenski center za raziskovanje samomora**  
Ljubljana v Mariboru  
Klinična fakulteta

## DOŽIVLJANJE SAMOMORA PACIENTA



VABILO K SODELOVANJU V ZNANSTVENI RAZISKAVI O DOŽIVLJANJU SAMOMORA PRI MEDICINSKIH TEHNIKIH

### ZAKAJ?

- Vsakih 9 minut v EU umre en človek zaradi samomora.
- Ljudje, ki umrejo zaradi samomora, pogosto nekaj mesecev ali tednov pred samomorom obiščejo zdravnika. Večina zdravstvenih delavcev ima tako za seboj že izkušnjo, da je pacient umrl zaradi samomora.
- O tem, kako medicinski tehniki doživljajo samomor in kakšne izkušnje imajo s samomorom pacienta, je malo znanega.

### KDO LAHKO SODELUJE?

K raziskavi vabimo **MEDICINSKE SESTRE** in **ZDRAVSTVENE TEHNIKE iz SPLOŠNE MEDICINE**, ki se spomnijo, da je tekom njihove delovne kariere pacient umrl zaradi samomora. Pri tem ni pomembna koliko časa je minilo od dogodka.

### NAMEN RAZISKAVE

S pomočjo raziskave želimo pridobiti informacije, **kako medicinski tehniki doživljajo samomor** ter **kako doživljajo pacienta**, ki je umrl zaradi samomora.

S pridobljenimi podatki bi pomembno prispevali k razumevanju razsežnosti samomora.

### KAKO BO SODELOVANJE POTEKALO?

Raziskava zajema **INTERVJU**, ki traja približno 1 uro. Postavili vam bomo različna vprašanja o vaši izkušnji in odgovore beležili oz. snemali. Če na katero vprašanje ne boste želeli odgovoriti, ga lahko zavnete. Svoj pristanek na sodelovanje lahko kadarkoli umaknete.

### KAKO JE S PODATKI UDELEŽENCEV?

Osební podatki, ki jih bomo zbrali v raziskavi, so **ZAUPNI** in v nobenem primeru ne morejo biti dostopni tretjim osebam. V prikazanih odgovorih bodo osebni podatki spremenjeni, s čimer bomo zagotovili anonimnost vaših odgovorov.



Slika 14. Vabilo v obliki brošure

## 6.2 Informirano soglasje

### IZJAVA O ZAVESTNI IN SVOBODNI PRIVOLITVI K SODELOVANJU V RAZISKAVI

Sodelovali boste v raziskavi, ki preučuje doživljanje samomora pri medicinskih tehnikah. Z vami bomo izvedli intervju, kjer bomo iskali odgovore o doživljanju samomora in zadnjega stika s pacientom, ki je umrl zaradi samomora. Postavili vam bomo različna vprašanja o vaši izkušnji. To bo trajalo približno eno uro.

Vaše odgovore bomo beležili oz. snemali, kasneje pa jih bomo pretipkali in analizirali z metodami kvalitativne in kvantitativne analize.

Osebni podatki, ki jih bomo zbrali v raziskavi, so zaupni in v nobenem primeru ne morejo biti dostopni drugim nepoklicanim osebam. Zaradi morebitne dolgotrajne analize podatkov, bodo le-ti hranjeni 2 leti, nato bodo uničeni. V prikazanih odgovorih bodo osebni podatki spremenjeni, s čimer bomo zagotovili anonimnost vaših odgovorov. Skupni rezultati ob koncu raziskave bodo uporabljeni v magistrski nalogi na podiplomskem študiju psihologije ter v morebitnih publikacijah, ki bodo izšle na podlagi raziskave. Podatki bodo vključeni tudi v okviru raziskovalnega dela Slovenskega centra za raziskovanje samomora. V okviru tega je raziskavo odobrila tudi Komisija RS za medicinsko etiko.

Svoj pristanek na sodelovanje v raziskavi lahko kadarkoli umaknete, ne da bi imeli zaradi tega kakršnekoli posledice. Predvidevamo, da vam sodelovanje v raziskavi ne bo povzročilo nobenih nevšečnosti.

Vsa vprašanja v zvezi z raziskavo lahko naslovite na:

Univ. dipl. psih. Anja Čuš  
Elektronski naslov: [cus.anja@gmail.com](mailto:cus.anja@gmail.com)  
Telefon: 031 693 125

Podpisani/-a \_\_\_\_\_(ime in priimek), rojen/-a \_\_\_\_\_ (datum rojstva) v \_\_\_\_\_ (kraj rojstva) pristajam na sodelovanje v raziskavi. Razlago sem prebral/-a oziroma mi je bila podana ustno in jo razumem.

Datum in kraj:

Podpis udeleženca/-ke:

### 6.3 Sklopi, vsebine in kode analizirane v študiji

Tabela 3. Sklopi, vsebine in kode koncepta *Doživljanje samomora in pojasnjevanje sprožilcev za samomor*

Sklopi	Vsebina sklopov	Neposredne kode
Stališča o ljudeh, ki so umrli zaradi samomora	Pokojni niso imeli pomoči	1. Mnenje o S ljudeh:: niso imeli podpore/pomoči {6-1}
	Za samomor potrebuješ pogum	2. Mnenje o S ljudeh:: pogumni/dobri {5-1}
	Pokojni so bili osamljeni in trpeči	3. Mnenje o S ljudeh:: reveži/osamljeni/trpini {4-1}
	Pokojnim ni bilo toliko hudo	4. Mnenje o S ljudeh:: tisti, ki mu je res hudo tega ne naredi {3-1}
	Pokojni so bili vase zaprti	5. Mnenje o S ljudeh:: vase zaprti/ne izrazijo stiske {9-2}
Stališča o samomoru {53-11}	Samomor kot svobodna odločitev	6. Mnenje o S: spoštovanje odločitve/ne obsoja {14-1}
	Zavračanje samomora	7. Mnenje o S:: je težka tema {4-1}
	Pojasnjevanje sprožilcev za samomor	8. Mnenje o S:: pojasnjevanje vzrokov {6-9}~
	Samomor je možno preprečit	9. Mnenje o S:: S je možno preprečit {13-2}
	Samomor je težko preprečit	10. Mnenje o S:: S je težko preprečit {3-3}
	Samomor kot končanje stiske	11. Mnenje o S:: S kot končanje težav/stiske {19-10}
	Samomor kot impulzivno dejanje	12. Mnenje o S:: slab trenutek/trenutna odločitev {6-1}
	Samomor kot tabu tema, opisovanje stigmatizacije	13. Mnenje o S:: tabu/mistična tema, stigmatizacija BS {5-1}
	Zavračanje samomora	14. Mnenje o S:: zavračanje S {17-1}
Opisovanje dejavnikov tveganja	Individualni dejavniki tveganja za samomor	15. Opisovanje DT za S:: individualni dejavniki {27-2}~
	Odsotnost razlage dejavnikov tveganja za samomor	16. Opisovanje DT za S:: ne vem/se nisem nikoli spraševala o tem {6-1}
	Situacijski dejavniki tveganja za samomor	17. Opisovanje DT za S:: situacijski dejavniki {5-1}~
	Bolezen kot dejavnik tveganja	18. Opisovanje DT za S:: telesna/psihična bolezen {4-2}
	Spre gledani simptomi samomorilnega vedenja doma so posledica medosebnih dejavnikov	19. SSS doma:: medosebni dejavniki {24-4}~

	Spre gledani simptomi samomorilnega vedenja doma so posledica osebnih dejavnikov	20. SSS doma:: osebni dejavniki {6-4}~
	Spre gledani simptomi samomorilnega vedenja doma so posledica sistemskih dejavnikov	21. SSS doma:: sistemski dejavniki {8-4}~
	Slabo je, da doma spregledamo simptome samomorilnega vedenja	22. SSS doma:: to je slabo {2-3}

Tabela 4. Sklopi, vsebine in kode koncepta Doživljanje samomora pacienta

Sklopi	Vsebina sklopov	Neposredne kode
Dogodek samomora pacienta	Opisovanje podrobnosti dogodka samomora pacienta	1. Dogodek SP:: opisovanje podrobnosti/okolščin {31-3}~
	Prejetje novic o samomoru pacienta	2. Dogodek SP:: prejetje novic o SP {6-1}
	Prisotnost medicinske sestre na kraju dogodka samomora pacienta	3. Dogodek SP:: prisotnost MS na kraju S {9-1}~
	Časovna umestitev in število izkušenj s samomorom pacienta	4. Izkušnja SP:: časovna umestitev, število izkušenj {35-1}
	Prisotnost izkušnje samomora pacienta	5. Izkušnja SP:: prisotna {8-7}
Čustveni odzivi ob samomoru pacienta	Čustva (ne)presenečenja ob samomoru pacienta	6. Izkušnja SP:: čustva ob SP:: (ne)presenečenje {4-1}
	Poznavanje pacienta povzroča bolj intenziven čustven odziv	7. Izkušnja SP:: čustva ob SP:: če jih poznaš, je težje {6-1}
	Občutenje groze in šoka ob samomoru pacienta	8. Izkušnja SP:: čustva ob SP:: groza/šok/hudo {9-1}
	Ob samomoru pacienta ti ni vseeno	9. Izkušnja SP:: čustva ob SP:: ni ti vseeno/ni lahko {7-1}
	Neprisotnost čustev ob samomoru pacienta	10. Izkušnja SP:: čustva ob SP:: niso bila prisotna {6-1}~
	Občutenje žalosti ob samomoru pacienta	11. Izkušnja SP:: čustva ob SP:: prizadetost/žalost {7-1}
	Trajanje čustvenega odziva ob samomoru pacienta	12. Izkušnja SP:: čustva ob SP:: trajanje odziva {3-7}
Miselni odzivi {50-9}	Neprisotnost misli ob samomoru pacienta	13. Izkušnja SP:: misli ob SP:: niso prisotne {6-1}~
	Pojasnjevanje vzrokov za samomor pacienta	14. Izkušnja SP:: misli ob SP:: pojasnjevanje vzrokov za S {13-1}
	Premišljevanje o zadnjem stiku	15. Izkušnja SP:: misli ob SP:: premišljevanje o zadnjem stiku {5-1}

	Premišljevanje o samomoru pacienta iz svojega vidika	16. Izkušnja SP:: misli ob SP:: razmišljanje iz vidika sebe {11-1}~
	Razmišljanje o obravnavi pacienta, ki je umrl zaradi samomora	17. Izkušnja SP:: misli ob SP:: razmišljanje o obravnavi PAS {6-5}
	Razmišljanje o pacientu, ki je umrl zaradi samomora	18. Izkušnja SP:: misli ob SP:: razmišljanje o PAS in PAS osebnosti {10-1}
	Premišljevanje o svoji vlogi starša	19. Izkušnja SP:: misli ob SP:: razmišljanje o sebi kot o staršu {3-1}
	Razmišljanje o simptomih samomorilnega vedenja	20. Izkušnja SP:: misli ob SP:: razmišljanje o znakih S {4-2}
	Izkušnje s samomorilnim vedenjem pri ožjih članih	21. OSI:: samomorilno vedenje:: član družine/prijatelj {28-1}
	Izkušnje s samomorilnim vedenjem pri daljnih znancih ali pacientih	22. OSI:: samomorilno vedenje:: ostali {44-1}~
Vpliv izkušnje samomora pacienta	Samomora pacienta ne pozabiš	23. Izkušnja SP:: spominjanje SP:: imaš v mislih/ne pozabiš {9-2}
	Večinoma neprisotno spominjanje samomora pacienta	24. Izkušnja SP:: spominjanje SP:: večinoma neprisotno {13-2}
	Neprisoten vpliv samomora pacienta	25. Izkušnja SP:: vpliv SP:: ni vpliva S {6-2}
	Prisoten vpliv samomora pacienta	26. Izkušnja SP:: vpliv SP:: prisoten {11-4}
	Večje cenjenje življenja in narave	27. Izkušnja SP:: vpliv SP:: prisoten, bolj ceniš življenje/naravo {4-1}
	Večja pozornost na znake samomorilnega vedenja	28. Izkušnja SP:: vpliv SP:: večja pozornost na znake {3-2}
	Pogovarjanje z zdravnikom ali ženo o pacientu, ki je umrl zaradi samomora	29. Opisovanje PAS:: pogovarjanje o PAS:: z zdravnikom, ženo {3-2}
Opisovanje zadnjega stika	Opisovanje dogajanja ob zadnjem stiku	30. Zadnji stik:: opisovanje dogajanja {6-1}
	Opisovanje pacientovega razpoloženja ob zadnjem stiku	31. Zadnji stik:: opisovanje PAS:: razpoloženje {4-1}
	Pacient, ki je umrl zaradi samomora ni/je poročal o težavah	32. Zadnji stik:: PAS (ne)poročal o težavah {6-1}
	Neprisotno spominjanje zadnjega stika	33. Zadnji stik:: spominjanje:: neprisotno {2-1}~
	Prisotno spominjanje zadnjega stika	34. Zadnji stik:: spominjanje:: prisotno {4-6}

Tabela 5. Sklopi, vsebine in kode koncepta *Delo s samomorilnim pacientom*

Sklopi	Vsebina sklopov	Neposredne kode
Obravnavanje pacienta, ki je umrl zaradi samomora	Prisoten občutek, da je storila premalo	1. Občutek, da je storila premalo:: da, vedno pomisliš, da nisi dovolj naredil {2-2} 2. Občutek, da je storila premalo:: delno prisoten {2-2}
	Neprisoten občutek, da je storila premalo	3. Občutek, da je storila premalo:: ni prisoten {11-4}~
	Dovzetnost zdravnikov za paciente in simptome samomorilnega vedenja	4. Obravnavanje PAS:: zdravniki in PAS:: dovzetnost za P in simptome {8-3}
	Opisovanje obravnave pacienta, ki je umrl zaradi samomora	5. Opisovanje PAS:: obravnava PAS {5-8}~
	Zavračanje pomoči iz strani pacienta, ki je kasneje umrl zaradi samomora	6. Opisovanje PAS:: obravnava PAS:: ni si dal svetovat/pomagat {3-1}
	Pogovarjanje o težavah s pacientom, ki je kasneje umrl zaradi samomora	7. Opisovanje PAS:: obravnava PAS:: pogovarjanje o težavah {3-4}
Pogovor o samomoru {41-7}	Pogovor o samomoru ni v pristojnosti medicinske sestre	8. Pogovor o S:: pogovor s P:: ne, ker ni v pristojnosti MS {8-2}
	Neprisotnost pogovarjanja o samomoru s pacienti	9. Pogovor o S:: pogovor s P:: ni prisotno {11-1}
	Občutenje neprijetnosti ob pogovoru o samomoru	10. Pogovor o S:: pogovor s P:: občutenje neprijetnosti/nekompentnosti {2-1}
	Pacienti te ne spustijo blizu	11. Pogovor o S:: pogovor s P:: P te ne spustijo blizu {2-2}
	Pogovor o samomoru je prisoten, če pacient omeni težave ali samomorilne misli	12. Pogovor o S:: pogovor s P:: prisotno, če ima P težave/omeni S misli {22-2}~
	Pogovor o samomoru s svojci pacienta ni prisoten	13. Pogovor o S:: pogovor s svojci:: ni prisotno {4-1}
Sprevideni simptomi samomorilnega vedenja v službi	Neprisotnost pričakovanj do delodajalca glede samomora	14. Pričakovanja do delodajalca:: glede S:: niso prisotna {6-1}
	Sprevideni simptomi samomora v službi so posledica individualnih dejavnikov	15. SSS v službi:: individualni dejavniki {14-3}~
	Sprevideni simptomi samomora v službi so posledica sistemskih dejavnikov	16. SSS v službi:: sistemski dejavniki/narava dela {17-1}~

	Ni prav, da v službi spregledamo simptome samomorilnega vedenja	17. SSS v službi:: to ni prav {2-3}
	Psihiatrija pretirava z zdravili	18. Zdravljenje P:: psihiatrija pretirava z zdravili, manjša kvaliteta življenja {3-2}

Tabela 6. Sklopi, vsebine in kode koncepta Delo medicinske sestre

Sklopi	Vsebina sklopov	Neposredne kode
Opisovanje zaposlitve in dela	Opisovanje dela	1. MS:: opisovanje dela {33-7}~ 2. MS:: opisovanje dela:: čas na voljo za P {3-1}
	Zaposlitev – izobrazba	3. Zaposlitev:: izobrazba {4-1}
	Zaposlitev – leta zaposlitve	4. Zaposlitev:: leta zaposlitve {19-1}~
	Prisotna možnost razporejanja lastnega dela	5. Zaposlitev:: možnost razporejanja lastnega dela:: prisotna {10-2}
	Opisovanje vloge v službi	6. Zaposlitev:: opisovanje vloge {14-2}
Stres na delovnem mestu	Občutki nerazumevanja v službi	7. MS:: odnosi v službi:: občutki nerazumevanja/neposluha, težave v službi {38-4}
	Pozitivni odnosi v službi	8. MS:: odnosi v službi:: opisovanje pozitivnih odnosov/čustev, možnost pogovora {37-6}
	Pri delu je pomemben pozitiven odnos do sodelavcev	9. MS:: pomembno pri delu: +odnos do sodelavcev {4-1}~
	Od delodajalca pričakujejo možnost pogovora	10. Pričakovanja do delodajalca:: možnost supervizije/pogovora/sestanka/izobraževanja {16-2}
	Od delodajalca pričakujejo več odobravanja	11. Pričakovanja do delodajalca:: več odobravanja/podpore/posluha {32-1}
	Na delovnem mestu so prisotni sistemi pomoči	12. Sistemi pomoči:: prisotni sestanki, izobraževanja, supervizija {7-1}
	Delo medicinske sestre je stresno	13. Stres MS:: delo MS je stresno, občutki preobremenjenosti {64-7}~
	Delo medicinske sestre ni stresno	14. Stres MS:: delo MS ni stresno {3-1}

Tabela 7. Sklopi, vsebine in kode koncepta *Delo s pacienti*

Sklopi	Vsebina sklopov	Neposredne kode
Obravnava pacientov in pogovarjanje s pacienti	Namenjanje več pozornosti pacientom, ki imajo težave	1. Obravnava P:: namenjanje več pozornosti P, ki imajo težave {6-2}
	Pacienti se bolj odprejo medicinskim sestram kot zdravnikom	2. Obravnava P:: P se MS bolj odprejo kot zdravnikom {3-2}
	Pacient mora ob težavah govoriti z zdravnikom	3. Odnos s P:: duševno stanje P:: mnenje, da mora P govoriti z zdravnikom, ob težavah P posreduje zdravniku {8-3}~
	Po počutju pacienta ne more spraševati	4. Odnos s P:: duševno stanje P:: ne sprašuje po počutju, ne more spraševati {11-1}~
	Pacient mora sam povedat svoje duševno stanje	5. Odnos s P:: duševno stanje P:: P mora sam povedat {5-1}
	Duševno stanje pacienta spoznaš sčasoma	6. Odnos s P:: duševno stanje P:: spoznaš sčasoma {4-1}
	Prisotno spraševanje po počutju pacienta	7. Odnos s P:: duševno stanje P:: vpraša po počutju {6-4}
	Prisoten občutek poznavanja pacientov	8. Odnos s P:: občutek poznavanja P:: prisoten {23-2}~
	Občutenje zaupanja in hvaležnosti iz strani pacientov	9. Odnos s P:: občutenje zaupanja/upoštevanja/hvaležnosti iz strani P {11-1}
	Pomemben je lep sprejem pacienta	10. Odnos s P:: pomembno, da P lepo sprejmeš/poslušaj {6-1}
	Enak odnos do vseh pacientov	11. Odnos s P:: vse obravnava enako {5-1}
	Neprisotno zanimanje za duševno stanje pacientov	12. Odnos s P:: zanimanje za duševno stanje P:: ni prisotno {4-1}
	Prisotno zanimanje za paciente	13. Odnos s P:: zanimanje za P:: prisotno {4-3}
	Prisotnost stisk in trpljenja pri pacientih	14. Opisovanje P:: veliko trpljenja/stisk pri P {17-2}
	Neprisotnost pogovora v splošni ambulanti	15. Pogovor s P:: ni prisotno, v SA ni možno {18-5}~
	Občutek pomanjkanja časa za paciente in za pogovor s pacienti	16. Pogovor s P:: občutek pomanjkanja časa za P in pogovor s P {26-3}
	Pacienti potrebujejo pogovor	17. Pogovor s P:: P si želijo/potrebujejo pogovor {21-5}
	Prisotno pogovarjanje s pacienti	18. Pogovor s P:: prisotno {15-5}~
	Pogovor je pomemben	19. Pogovor:: doživljanje pomembnosti pogovora {31-1}~



Tabela 8. Sklopi, vsebine in kode koncepta Jaz kot medicinska sestra

Sklopi	Vsebina sklopov	Neposredne kode
Poklic in identiteta medicinske sestre	Medicinska sestra ima omejeno vlogo	1. Domena MS:: omejena vloga {8-2}
	Doživljanje razočaranja nad drugimi medicinskimi sestrami	2. Identiteta MS:: doživljanje razočaranja nad drugimi MS {9-1}
	Opis osebnostnih lastnosti, ki jim mora imeti medicinska sestra	3. Identiteta MS:: kakšna OS moraš bit/opisovanje + lastnosti {8-5}
	Občutek zadovoljstva ob pomaganju pacientom	4. Identiteta MS:: občutenje zadovoljstva ob pomoči P, zadovoljnih P {5-2}
	Občutek zadovoljstva s poklicem medicinske sestre, občutki nagrade in veselja do dela	5. Identiteta MS:: občutenje zadovoljstva s svojim poklicem, občutki nagrade, veselja do dela {24-2}
	Strategije preživetja	6. Identiteta MS:: strategije "preživetja" {14-1}~
	Opis svojih pozitivnih osebnostnih lastnosti	7. MS:: opisovanje sebe:: + OS lastnosti {23-5}~
	Naklonjenost izobraževanju in učenju o samomoru	8. MS:: opisovanje sebe:: naklonjenost izobraževanju/učenju o S {2-1}
	Pri delu je pomembna dobra obravnava pacientov	9. MS:: pomembno pri delu:: + obravnava P {10-3}~
	Pri delu je pomembno, da imaš dobre osebnostne lastnosti	10. MS:: pomembno pri delu:: +OS lastnosti {7-2}~
Razbremenitev {81-6}	(Ne)prepoznavanje potrebe po sprostivni	11. Razbremenitev:: (ne)prepoznavanje potrebe po sprostivni {17-3}
	Druženje in pogovor kot način razbremenitve	12. Razbremenitev:: druženje/pogovor z domačimi/prijatelji/sodelavkami {21-2}
	Ukvarjanje s hobiji kot način razbremenitve	13. Razbremenitev:: ukvarjanje s hobiji {34-2}