



Fakulteta za zdravstvo
Jesenice
Faculty of Health Care
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**IZPOSTAVLJENOST NASILJU
ZDRAVSTVENIH DELAVCEV NA
DELOVNEM MESTU**

**EXPOSURE TO WORKPLACE VIOLENCE
AMONG HEALTH CARE WORKERS**

Mentor: mag. Branko Bregar, viš. pred.

Kandidat: Matej Bojić

Jesenice, marec, 2016

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorju mag. Branku Bregarju, viš. pred., za pomoč, koristne informacije in usmerjanje pri izdelavi diplomske naloge.

Zahvaljujem se Andreju Finku, MSHS (ZDA), pred., in Izidorju Kernu, viš. pred., za recenzijo diplomskega dela.

Zahvala gre tudi Kaji Otovič za skrbno lektoriranje diplomskega dela.

Hvala vsem zdravstvenim delavcem, ki so sodelovali pri raziskavi.

Posebna zahvala pa gre moji partnerki in družini za vso podporo in spodbudo v času študija.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Nasilje pacientov nad zdravstvenimi delavci je ena izmed hujših težav, s katerimi se soočajo zdravstveni delavci povsod po svetu.

Cilj: Cilj diplomskega dela je raziskati pojavnost ter oblike nasilnih vedenj, ki so jim izpostavljeni zdravstveni delavci na področju psihiatrije in nujne medicinske pomoči.

Metoda: Podatki v empiričnem delu diplomskega dela so bili pridobljeni med zdravstvenimi delavci s pomočjo strukturiranega vprašalnika Perception of Prevalence of Aggression Scale (POPAS). Raziskava je potekala od julija do oktobra. Razdelili smo 260 vprašalnikov, pravilno izpolnjenih je bilo 197 (76 %). Za analizo podatkov smo uporabili program SPSS 22.0. Za razlike med spremenljivkami smo uporabili Levenov test, ANOVA test, Brown–Forsytheov test in Mnogoterne primerjave. Za analizo povezanosti med spremenljivkami smo uporabili Pearsonov korelacijski koeficient in Kullbackov test.

Rezultati: Najpogostejše vrste nasilja, s katerimi se srečujejo zaposleni na zaprtih oddelkih psihiatrične bolnišnice, so napadi brez jasnih groženj (PV = 3,83; p = 0,00), pasivno nasilno vedenje (PV = 3,61; p = 0,01) in ponižujoče nasilno vedenje (PV = 3,0; p = 0,00). Zaposleni na področju nujne medicinske pomoči se v primerjavi z ostalimi področji dela najpogosteje soočajo s poskusom samomora (PV = 2,11; p = 0,15), samomorom (PV = 2,11; p = 0,00) in težjim nasiljem, usmerjenem proti sebi (PV = 2,09; p = 0,00).

Razprava: Zaposlene osebe na zaprtih oddelkih v psihiatričnih bolnišnicah in enotah nujne medicinske pomoči se pogosteje srečujejo z nasiljem, podobno kot navajajo tuji avtorji. Treba je usposobiti zdravstveno osebje za soočanje z nasiljem.

Ključne besede: agresija, psihiatrija, nujna medicinska pomoč, zdravstveno osebje

SUMMARY

Theoretical background: Patient violence against health care professionals is a very serious problem faced by health care professionals ubiquitously in the world.

Objective: Objective of this thesis is to explore the presence and diverse forms of violent behaviour to which health care professionals are exposed in the field of psychiatry and urgent medical attention.

Method: Empirical information was obtained by health care professionals using a structured questionnaire Perception of Prevalence of Aggression Scale (POPAS). The survey was conducted from July until October. We handed out 260 questionnaires, of which, 197 (76%) questionnaires were appropriately filled in. For data analysis we utilized the program SPSS 22.0. For dissimilarities amongst variables, we used Levene's test, ANOVA test, Brown-Forsythe test and the multiple comparisons. For the analysis of the connection between variables, we used Pearson's correlation coefficient and Kullback test.

Results: The most common forms of violence are attacks with no clear threats faced by employees in secure units of psychiatric hospitals (PV = 3,83; p = 0,00), passive aggressive behaviour (PV = 3,61; p = 0,01) and degrading violent behaviour (PV = 3,0; p = 0,00). Employees in the field of urgent medical attention are frequently confronted with attempting suicides (PV = 2,11; p = 0,15), suicide (PV = 2,11; p = 0,00) and serious violence against themselves (PV = 2,09; p = 0,00).

Discussion: Employees in secure units of psychiatric hospitals and units of urgent medical attention are more often confronted with violence, as cited by foreign authors. It is compulsory to appropriately train health care professionals to handle the violence in the approved manner.

Keywords: aggression, psychiatry, urgent medical attention, health care professionals

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	3
2.1	OPREDELITEV AGRESIVNOSTI IN NASILJA	3
2.1.1	Pojavnost nasilja nad zdravstvenimi delavci	4
2.1.2	Vrste nasilja nad zdravstvenimi delavci na delovnem mestu	5
2.1.3	Dejavniki tveganja za nasilje nad zdravstvenimi delavci	6
2.1.4	Posledice nasilja na delovnem mestu	7
2.1.5	Nasilje na področju psihiatrije	8
2.1.6	Nasilje na področju nujne medicinske pomoči	9
2.2	OBVLADOVANJE NASILJA NA DELOVNEM MESTU	10
2.2.1	Ocenjevanje nasilnega vedenja – Brøset-Violence-Checklist	11
2.2.2	Deeskalacijske tehnike	12
2.2.3	Sistemske ukrepi za preprečevanje incidentov, povezanih z nasiljem..	13
3	EMPIRIČNI DEL.....	15
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	15
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	15
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	16
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	16
3.3.2	Opis merskega instrumenta	17
3.3.3	Opis vzorca.....	17
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	18
3.4	REZULTATI	20
3.4.1	Rezultati drugega in tretjega tematskega sklopa	20
3.5	RAZPRAVA.....	33
4	ZAKLJUČEK	39
5	LITERATURA	40
6	PRILOGE	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Pojavnost nasilja nad zdravstvenimi delavci v zadnjih desetih letih.....	5
Tabela 2: Opis vzorca.....	18
Tabela 3: Pojavnost nasilja nad zdravstvenimi delavci	21
Tabela 4: Razlike med obliko nasilja in poklicem	22
Tabela 5: Mnogoterne primerjave med poklici	23
Tabela 6: Pojavnost nasilja glede na področje dela.....	26
Tabela 7: Pomen področja dela na pojavnost nasilja.....	27
Tabela 8: Pojavnost zdravstvene oskrbe zaradi nasilja glede na spol	28
Tabela 9: Povezanost spola in zdravstvene oskrbe zaradi nasilja	28
Tabela 10: Pojavnost zdravstvene oskrbe zaradi nasilja v povezavi z nočnim delom ...	29
Tabela 11: Povezanost zdravstvene oskrbe in nočnega dela	30
Tabela 12: Trditve o varnosti na delovnem mestu	30
Tabela 13: Pojavnost in razlike med trditvami o varnosti glede na spol.....	31
Tabela 14: Pojavnost in razlike med trditvami o varnosti glede na področje dela	32
Tabela 15: Pojavnost in razlike med trditvami o varnosti glede na poklic.....	33

KAZALO SLIK

Slika 1: Bolniška odsotnost zaradi nasilja na delovnem mestu.....	25
---	----

1 UVOD

Z nasiljem se srečujemo skozi celo življenje, kajti prav nasilje je posebna oblika vedenja, ki predstavlja značilnost vseh živih bitij. Pri nasilju gre za zlorabo moči, ki jo povzročitelj z večjo močjo povzroča šibkejši žrtvi. Gre za eno od temeljnih človeških vedenj, ki se je skozi evolucijo spreminjala, njen pomen pa je ostal enak. Nekoč je človek izkoriščal le manjvredne živali, skozi različna časovna obdobja pa je ljudi okoli sebe pričel obravnavati podobno ter z njimi ravnati podobno kot z živalmi (Turk, 2013).

Pogosto isto nasilno dejanje vrednotimo različno, glede na to, nad kom je izvršeno. Če je na primer napaden policist, ta napadalca za takšno pravno formalno in družbeno nesprejemljivo dejanje lahko kaznuje. Medtem ko zaposleni v zdravstvu nasilje doživljajo kot sestavni del poklica, teh incidentov niti ne prijavljajo (Magnavita, 2014). Nasilje na delovnem mestu je poklicna nevarnost prav za vse zdravstvene delavce, ker pogosto delajo v okolju, kjer lahko pride do izbruha nasilja. Področje, kjer se izvaja zdravstveno varstvo, je aktivno in nabito s čustvi. Vključuje tesne odnose med zdravstvenimi delavci, pacienti in njihovimi sorodniki. Tako prav zaposleni v zdravstveni negi najpogosteje največ časa preživijo s pacienti, kar je dodaten dejavnik za pojavnost nasilja, ki je usmerjeno proti njim (Vatovec–Progar, 2009). Raziskave dokazujejo, da je največja pojavnost nasilja do zdravstvenega osebja na področju psihiatrije in nujne medicinske pomoči (Antonius, et al., 2010; Gillespie, et al., 2010). Napadi na osebje, ki zagotavlja zdravstveno oskrbo na področju psihiatrije ter nujne medicinske pomoči, so zaskrbljujoči, posledice za žrtve pa uničujoče in stresne. Del osebja meni, da je nasilje del tveganja v službi in temu posvečajo premalo pozornosti. Kljub temu žrtve nasilja na delovnem mestu trpijo tako za fizičnimi kot psihičnimi posledicami, podobno kot žrtve naravnih nesreč ali uličnega kriminala (Anderson & West, 2011).

Pomembno je, da se zaposleni na delovnem mestu dobro počutijo, imajo dobre odnose s sodelavci in nadrejenimi ter da je vzdušje v organizaciji prijateljsko in podporno (Gomboc, 2010). Eden izmed pomembnih dejavnikov zadovoljstva z delom zaposlenih

v zdravstvu je med drugim tudi občutek varnosti na delovnem mestu, v povezavi z nasiljem (Chen, et al., 2009). Arnautović (2009) ugotavlja, da varnost na delovnem mestu določajo pravila in dejavnosti, ki morajo posamezniku omogočati uspešno opravljanje svojega poklicnega dela, s polnim delovnim učinkom. Pojem varnosti na delovnem mestu obsega pravice in obveznosti delodajalca do zaposlenih. Delodajalec je dolžan v skladu z zakoni in predpisi zagotoviti takšno raven varnosti in zdravja na delovnem mestu, da omogoči zaposlenemu najvišjo mero zdravstvene in psihofizične varnosti. Tako je delodajalec dolžan prilagajati ukrepe za zagotavljanje varnega delovnega okolja ter stalno izboljševati obstoječe stanje oziroma stopnjo varnosti na delovnem mestu. Občutek varnosti na delovnem mestu Gacki-Smith s sodelavci (2009) povezuje tudi s soočanjem zaposlenih v zdravstvu, s konflikti ter vsemi oblikami nasilja, ki je usmerjena proti njim. S tem pomembno vpliva na njihov občutek varnosti in kakovosti dela.

Ker tuji raziskovalci ugotavljajo visoko pojavnost nasilja prav v psihiatriji in na področju nujne medicinske pomoči (Antonius, et al., 2010; Gillespie, et al., 2010), smo se odločili, da bomo to področje raziskali tudi v slovenskem prostoru, saj so te raziskave pri nas redke.

2 TEORETIČNI DEL

Nasilje je oblika vedenja, katerega cilj je prizadeti ali raniti drugo živo bitje, ki se takšnemu ravnanju želi izogniti. Nanaša se na posameznika, odnose ter skupnost na različnih družbenih ravneh. Nasilje pomeni uporabo moči močnejšega nad šibkejšim, ki s tem prizadene osebno dostojanstvo in integriteto posameznika. Poznamo več vrst nasilja: psihično, fizično, spolno in ekonomsko. Poleg teh obstaja še mnogo drugih vrst nasilja, ki negativno vplivajo na kakovost življenja posameznika. Med drugimi: politično, ideološko, pravno, rasno in versko (Gavranič, 2009; Van Niekerk, et al., 2015). V strokovni literaturi se pojavljata v zvezi z našo temo diplomskega dela tako termina „agresija“ in „nasilje“ (Kolman, 2009; Vohar, 2011). Razmejitve niso najbolj jasne, zato bomo v nadaljevanju najprej poizkušali opredeliti razliko med agresijo in nasiljem.

2.1 OPREDELITEV AGRESIVNOSTI IN NASILJA

Po svetu obstaja več različnih definicij glede opredelitve agresije in nasilja. Pojma se velikokrat prepletata med seboj. Nekateri raziskovalci enačijo pomen besed agresija in nasilje, vendar se pri tem pojavljajo pomembne razlike. Nasilje je izraz fizične sile, ki ima za posledico fizično poškodbo druge osebe, medtem ko ima agresija širši spekter pojavnosti. Pri nasilju se kaže destruktivna fizična sila, neodvisna od namena, za razliko od agresije, ki je namenska. Temeljna razlika med agresijo in nasiljem je v tem, da se agresija ne konča vedno z nasiljem (Zupančič, 2009; Žalig, 2011).

Agresija je oblika vedenja, s katero želimo nekemu škodovati. Je napadalni proces, v katerem prevladuje premoč nad drugim. Strokovnjaki z vedenjskega področja vidijo agresijo kot posledico nepremostljivih ovir na poti k zelenemu cilju. Želja po premagovanju ovir se spremeni v nasilje. Pri človeški vrsti se agresija pojavlja tudi z neobičajno razdiralno silo in krutostjo. Človek je edino živo bitje, ki naravno in nujno agresivnost spreminja v uničevanje zunaj naravnih potreb. Nasilje je oblika agresije, ki jo označujeta neobičajna, nepotrebna razdiralna sila in krutost (Kolman, 2009;

Zupančič, 2009). Največkrat nasilje pomeni uporabo fizične sile, hudih groženj, žalitev in moči. Gre za obliko vedenja, s ciljem, da bi prizadeli drugo živo bitje, ki se temu želi izogniti. Opredeljuje namerno grožnjo z uporabo telesne sile ali moči do druge osebe, skupine ali skupnosti, najpogosteje pa privede do poškodbe, smrti, psihične prizadetosti, zastajanja v razvoju ali prikrajšanosti. Je uporaba moči močnejšega nad šibkejšim, ki prizadene osebno dostojanstvo in integriteto posameznika (Močnik, 2009).

2.1.1 Pojavnost nasilja nad zdravstvenimi delavci

V zadnjih dvajsetih letih je nasilje na delovnem mestu vse pogostejše in intenzivnejše. Pojavlja se v vseh poklicih in med vsemi kategorijami delavcev, skoraj četrtina vsega nasilja se zgodi v zdravstvenih poklicih. Najbolj so mu izpostavljeni zaposleni v zdravstveni negi, saj se z nasiljem redno srečuje več kot polovica zaposlenih. Opozoriti je treba na dejstvo, da petdeset odstotkov žrtev o nasilnem dejanju ne spregovori in ga ne prijavi (Babnik, et al., 2012).

Pri pregledu literature smo ugotovili, da obstaja več vprašalnikov, s katerimi so avtorji raziskovali pojavnost nasilja in agresije na delovnem mestu. Kot najpogostejše se pojavlja vprašalnik Perceptions of the Prevalence of Aggression Scale (POPAS). Oud je leta 2000 oblikoval vprašalnik, prirejen za dojemanje agresivnosti in nasilja nad zdravstvenimi delavci na delovnem mestu. Perceptions of the Prevalence of Aggression Scale (POPAS) zajema šestnajst vprašanj, povezanih z nasiljem. Anketiranci s pomočjo petstopenjske Likertove lestvice ocenijo, kako pogosto doživijo eno ali več vrst nasilja v zadnjih 12–ih mesecih na delovnem mestu. Predvsem v tujini je bilo v zadnjih desetih letih opravljenih več raziskav s pomočjo POPAS vprašalnika (Ryan & Maguire, 2006; Gale, et al., 2009; James, et al., 2011; Swain, et al., 2014). Raziskave po svetu so potekale na različnih nivojih zdravstvenega varstva, pri nas pa je bil uporabljen med zaposlenimi v zdravstveni negi v Domu starejših občanov (Ključanin, 2015). V tabeli 1 so predstavljene glavne ugotovitve avtorjev, ki so raziskovali pojavnost nasilja nad zdravstvenimi delavci v zadnjih desetih letih. Skupni rezultati raziskovalcev so dokaj podobni. Večina anketirancev se redno srečuje z verbalnim nasiljem, manj s poskusi samomora, spolnim nasiljem in fizičnim napadom. Z nasiljem se najpogosteje srečuje

kader, ki največ časa preživi ob pacientu. Podrobnejši rezultati so predstavljeni v tabeli 1.

Tabela 1: Pojavnost nasilja nad zdravstvenimi delavci v zadnjih desetih letih

Referenca	Vzorec in država	Uporabljen instrument	Glavne ugotovitve raziskave
Maguire & Ryan, 2006	37 zdravstvenih delavcev s področja nujne medicinske pomoči (Irska)	POPAS (Perceptions of Prevalence Of Aggression Scale)	89 % anketirancev je doživelo verbalno nasilje, 73 % pa se jih je soočilo s poskusom samomora.
Maguire & Ryan, 2007	83 medicinskih sester s področja psihiatrije (Irska)	POPAS	Pogosti so verbalno nasilje in ostale vrste nasilja, ki so usmerjene proti zaposlenim.
Gale, et al., 2009	242 medicinskih sester na različnih oddelkih (Nova Zelandija)	POPAS	Pogosto je verbalno nasilje, redko pa nadlegovanje in spolno nasilje.
Hahn, et al., 2010	291 medicinskih sester, zaposlenih na različnih oddelkih splošne bolnišnice (Nemčija)	Nemška različica ankete o nasilju	72 % anketirancev je doživelo verbalno nasilje in 42 % fizično nasilje, od katerih se je 23 % končalo s poškodbo zaposlenega.
Hahn, et al., 2012	2495 zaposlenih v zdravstvu na različnih oddelkih (Švica)	Nemška verzija ankete o nasilju	Polovica anketirancev je izkusila nasilje pacienta v zadnjem letu. Nasilje se najpogosteje zgodi kadru, ki največ časa preživi ob pacientu.
Swain, et al., 2014	227 medicinskih sester (Nova Zelandija)	POPAS	93 % anketirancev je izkusilo verbalno nasilje, 65% fizično nasilje in 38 % fizični napad.
Park, et al., 2015	970 medicinskih sester, zaposlenih na 47 različnih oddelkih (Južna Koreja)	Copenhagen Psychosocial Questionnaire	63 % anketirancev je doživelo verbalno nasilje, 22 % fizično nasilje in 19 % spolno nadlegovanje.
Ključanin, 2015	67 zaposlenih v zdravstveni negi v domovih starejših občanov (Slovenija)	POPAS	Pogosto je verbalno nasilje, redko se pojavita telesni napad in nadlegovanje, nikoli pa spolni napad.

2.1.2 Vrste nasilja nad zdravstvenimi delavci na delovnem mestu

Franz in sodelavci (2010) nasilje na delovnem mestu definirajo kot incident, kjer so zaposleni zlorabljeni, ogroženi ali napadeni v okoliščinah, ki so povezane z njihovim delom. Nasilje obsega vse oblike, tako verbalno, fizično in spolno. Nasilje na delovnem mestu lahko negativno vpliva na kakovost dela, povzroča slabo delovno klimo ter

podaljšuje bolniško odsotnost. Campbell in ostali (2011) vidijo nasilje na delovnem mestu kot globalni problem, ki vpliva ne le na dostojanstvo ljudi, ampak tudi na njihovo čustveno in fizično počutje, hkrati pa zajema vse incidente, kjer so zaposleni zlorabljeni, ustrahovani ali napadeni zaradi njihovega dela. To posredno ali neposredno vpliva na njihovo varnost, dobro počutje in/ali zdravje. Kot nasilje na delovnem mestu se obravnava:

- besedno zlorabljanje (preklinjanje, žaljenje, podcenjevanje),
- ustne ali pisne grožnje (namere o poškodovanju),
- ogrožajoče vedenje (žuganje s pestmi, prepiranje, uničevanje lastnine),
- telesne napade (udarci, prerivanje, brcanje, uporaba orožja, posilstvo),
- fizične oblike spolnega nadlegovanja,
- umor (Šrimpf, 2009).

Poznamo več povzročiteljev nasilja na delovnem mestu: nasilje nadrejenega nad podrejenim, nasilje podrejenega nad nadrejenim, nasilje med delavci na isti ravni ter nasilje med delavci in njihovimi strankami oziroma odjemalci. Prav tako lahko nad zdravstvenimi delavci nasilje izvajajo svojci pacientov (Vessey, et al., 2010). Glede na naravo nasilnih dejanj na delovnem mestu najpogosteje ločimo fizično, psihično in spolno nasilje. S fizičnim nasiljem se srečamo pri uporabi fizične sile proti drugi osebi ali skupini oseb. Tako dejanje povzroči fizično, psihološko ali spolno škodo. Psihično nasilje vključuje grožnjo uporabe fizične sile in namerno uporabo moči proti posamezniku ali skupini ljudi. Ta se kaže v prizadevanju škode fizičnemu, mentalnemu, duhovnemu, moralnemu ali socialnemu razvoju posameznika. Prepletanje obeh oblik nasilja je značilno predvsem za spolno nasilje oziroma nadlegovanje, ki se pojavlja kot tretja najpogostejša oblika nasilja nad zaposlenimi v zdravstvu (Babnik, et al., 2012).

2.1.3 Dejavniki tveganja za nasilje nad zdravstvenimi delavci

Dejavnike tveganja nasilja razdelimo v dve skupini. Prva skupina je statična, ki opisuje značilnosti pacienta. Na dejavnike te skupine ni mogoče vplivati s kliničnimi intervencijami. Sem sodijo demografski podatki (moški spol, stopnja izobrazbe, nižji

inteligenci kvocient, zgodovina služenja vojaškega roka), psihiatrične diagnoze, poškodbe glave v preteklosti ter pacientova zgodovina nasilnih dejanj. Najzanesljivejši statični dejavnik je nasilno vedenje pacienta v preteklosti. V drugo skupino dejavnikov tveganja za nasilje spadajo tisti dejavniki, ki jih lahko izboljšujemo s klinično intervencijo. Najpogostejši dinamični dejavnik tveganja za nasilno vedenje je zloraba oziroma odvisnost od psihoaktivnih snovi. Drugi pomembni dinamični dejavniki tveganja pa so: preganjalne blodnje, halucinacije, zdravljenje oziroma sprejem proti volji pacienta, depresija, brezupnost, izdelan načrt za samomor, dostop do orožja. Pri ocenjevanju tveganja si je potrebno zastaviti naslednja vprašanja: ali je nasilje v okviru psihoze pacientov uvid v bolezen, kakšen je pacientov odnos do zdravil, kakšen je pacientov dostop do orožja in ali ima pacient podporno domače okolje (Anderson & West, 2011).

Največja nevarnost za nasilno vedenje pacienta se pojavi, ko je potencialna nevarnost spregledana in ni klinično obravnavana. Razlogi za nasilne napade pacientov z duševnimi motnjami se razlikujejo in pogosto ni logične utemeljitve za nasilna dejanja. Največkrat so nasilna dejanja posledica psihoze, v kateri prevladujejo paranoidne blodnje in halucinacije, ter predvsem posledica zlorabe psihoaktivnih substanc (Edward, et al., 2014).

2.1.4 Posledice nasilja na delovnem mestu

Osebna izkušnja nasilja na delovnem mestu tako lahko pripelje do resnih posledic. Najpogostejše posledice nasilja so stres, tesnoba ter posledično posttravmatski stres, ki je povezan z agresivnimi incidenti (Edward, et al., 2014). Karen-Leight s sodelavci (2014) loči več vrst nasilja na delovnem mestu, ki lahko povzročajo dolgotrajne posledice. Osebna izkušnja nasilja na delovnem mestu lahko privede do resnih posledic za zdravstvene delavce, paciente, oskrbo pacienta in organizacijo. Izpostavljenost travmatičnim izkušnjam v profesionalni karieri in pomanjkanju nadzora nad temi izkušnjami pripomoreta k manjši učinkovitosti in večji izčrpanosti pri delu. Poleg tega lahko pride do nejevoljnosti, stresa, občutkov jeze, cinizma in negativizma. Pojavljajo se tudi občutki, da so zdravstveni delavci oblegani, kar pripelje do zapletov, kot sta

depresija in tesnoba. Da je tesnoba med zaposlenimi na področju mentalnega zdravja pogost pojav, ugotavljajo tako domači kot tuji raziskovalci (Warren 2011; Bole, 2015). Zdravstveni delavec se na nasilje na delovnem mestu lahko odzove z različnimi vedenji, kot so: bolniška odsotnost, spreminjanje delovnega mesta in celo izstop iz zdravstva v celoti. Prav tako pa pogosta izkušnja nasilja na delovnem mestu vpliva na kakovost življenja zaposlenega (Karen-Leight, et al., 2014).

Čeprav do fizičnega nasilja pri zaposlenih v zdravstveni negi prihaja redkeje kot do verbalnega, pa so posledice fizičnega nasilja zelo resne. Sem sodijo ugrizi, raztrganine, modrice, zlomi, izpahi sklepov ter poškodbe glave (Baby, et al., 2014). Telesne poškodbe zaradi nasilja na delovnem mestu in posledično odsotnost z dela zaradi bolniškega staleža se odražajo tudi na finančnem področju. Prav tako izpostavljenost nasilju na delovnem mestu vpliva na zmanjšano stopnjo učinkovitosti in produktivnosti ter s tem na kakovost in raven zadovoljstva (Teymourzadeh, et al., 2014). S porastom mobilne telefonije in socialnih omrežij se pojavljajo tudi nove oblike nasilja. Tako med novejšje oblike nasilja raziskovalci prištevajo zalezovanje. Posledice zalezovanja so tako fiziološke kot psihološke. Med psihološke posledice so najpogosteje opisovali strah, nemoč ter jezo, med fiziološke pa motnje spanja ter težave z apetitom (Acquadro, et al., 2015).

V nadaljevanju bomo podrobneje predstavili nasilje na področju psihiatrije in nujne medicinske pomoči, ki ju bomo raziskali v empiričnem delu.

2.1.5 Nasilje na področju psihiatrije

Na področju psihiatrije ocenjujemo nasilno vedenje in agresivnost v smislu psihopatologije, in sicer kot del morebitne psihiatrične motnje in kot vedenje, ki ga moramo znati prepoznati, ocenjevati in preprečevati. Nasilno vedenje in agresivnost nista duševni motnji (Groleger, 2009). Nasilno vedenje se deli na dve vrsti: nasilje, ki je usmerjeno proti sebi, in nasilje, ki je usmerjeno proti drugim. Slednje se razlikuje tudi, če je usmerjeno proti predmetom (pohištvo) ali proti ljudem. Poznamo tudi nasilje proti drugim pacientom in nasilje, ki je usmerjeno proti osebju psihiatrične bolnišnice

(Vohar, 2011). Gabrovec (2015) v raziskavi ugotavlja, da je zagotavljanje varnosti in kakovosti obravnave pacienta z duševno motnjo prednostna naloga zaposlenih na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Pojavnost psihiatričnih bolezni namreč z razvojem sodobne družbe narašča. Kljub napredku psihiatrične stroke sta nasilje in izbruh agresije sestavna dela obravnave pacienta z duševno motnjo. Nasilje, s katerim se srečujemo na različnih področjih psihiatrije, je lahko odsev nasilja v družbi. Usmerjeni moramo biti v preventivo in s tem v pravočasno odkrivanje potencialne nevarnosti. Pri ravnanju s pacienti moramo dopuščati, da se vedejo drugače, kot to zahtevamo in pričakujemo od duševno zdravih ljudi (Letonja, 2009).

Zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije so najbolj izpostavljeni nasilju. Magnavita in Heponiemi (2012) ugotavljata, da se možnost nasilja poveča s količino časa, ki ga zdravstveni delavci preživijo ob pacientu. Tako so prav zaposleni v zdravstveni negi tudi do devetkrat bolj izpostavljeni nasilju kot ostali zdravstveni delavci. Pogosteje so nasilju izpostavljeni moški zdravstveni delavci, zdravstveni delavci z manj delovnimi izkušnjami ter nižjo izobrazbo. Kitaneh in Hamdan (2012) ugotavljata, da je izpostavljenost nasilju postal vsakodnevni fenomen, s katerim se srečujejo zaposleni v zdravstveni negi na področju psihiatrije. Iz raziskave je razvidno, da več kot polovica zaposlenih nasilje jemlje kot nekaj samoumevnega ter ga niti ne prijavi. Raziskovalca ugotavljata, da sta pomanjkanje vzvodov prijavljanja nasilnih dogodkov in strah pred posledicami vzroka, da zaposleni ne prijavljajo nasilnih dogodkov.

2.1.6 Nasilje na področju nujne medicinske pomoči

Nasilje na delovnem mestu v sklopu nujne medicinske pomoči je v strokovni literaturi prepoznano kot vsesplošni problem. Dokazi, ki temeljijo na praksi, kažejo, da je potrebno zaščititi zaposlene v nujni medicinski pomoči (Gordon, et al., 2012). V razvitih državah vsem zaposlenim pravico do varnosti sistemsko zagotavlja država s svojo zakonodajo. Večinoma zakonodaja opredeljuje, da morajo biti delavci zaščiteni pred nevarnostjo, kjer je lahko povzročena resna telesna poškodba ali smrt delavca. Rukiye in Firdevs (2010) službo nujne medicinske pomoči vidita kot vmesnik med

pisarno, bolnišnico in skupnostjo. Delovanje nujne medicinske pomoči je marsikdaj odraz kakovosti zdravstvenega sistema. Nujna medicinska pomoč deluje neprestano 24 ur. Obravnavajo paciente z različnimi bolezenskimi stanji, pri tem pa so marsikdaj kadrovsko omejeni.

Pacienti postanejo nasilni zaradi različnih zdravstvenih težav, kot so: kognitivna oslabitev, zmedenost, delirij, demenca, alkohol in prepovedane droge. Na pojavnost nasilja vplivajo tudi bolečina, tesnoba in občutki pacienta, da se ga ne jemlje resno. Poleg tega lahko izbruh nasilja povzročajo organizacijski postopki, kot so preverjanje identifikacije, daljše čakalne dobe in pomanjkanje dostopnosti zdravnika (Hahn, et al., 2010). Tuje strokovne organizacije med glavne dejavnike nasilja v enotah nujne medicinske pomoči prištevajo značilnosti pacienta, kadrovske dejavnike in okolje. Dejavniki tveganja pri pacientu vključujejo dostop do strelnega orožja in razne oblike zasvojenosti. Med okoljske dejavnike sodijo: neposredno delo s potencialno nevarnimi ljudmi, slaba varnost, nenadzorovano gibanje javnosti, zamude v prometu, prenatrpanost in neprijetna okolica. Kadrovske dejavniki tveganja predstavljajo pomanjkanje usposabljanja, neizobraženo osebje in osebe, ki so same pri prevozu pacientov (Emergency Nurses Association (ENA), 2008).

2.2 OBVLADOVANJE NASILJA NA DELOVNEM MESTU

Po svetu obstajajo redki programi, s katerimi se usposobi zdravstveno osebje, da prepoznavajo nevarne situacije in razvijajo učinkovite mehanizme za obvladovanje nasilja. Zaposleni v zdravstvu se pri svojem delu srečujejo z nasiljem v različnih vlogah: kot žrtve nasilja, kot potencialni povzročitelji in kot strokovnjaki, ki znajo pravilno odreagirati ob pojavu nasilja (Vatovec-Progar, 2009).

Zaposleni v zdravstvu ne bi smeli dajati prevelikega poudarka obvladovanju nasilja le s kemičnim in fizičnim oviranjem. Omenjene metode so lahko učinkovite le na kratek rok, na dolgi rok pa bi bilo potrebno začeti spreminjati vedenjske vzorce zaposlenih (Anderson & West, 2011). Pacienti, ki imajo izkušnjo s fizičnim in kemičnim

oviranjem, nasilje doživljajo kot učinkovit način izražanja svojih čustev. Ob tem največkrat občutijo jezo, strah in frustracije. Nadomestni pristopi tako poučujejo pacienta, kako naj komunicirajo, izražajo negativna čustva in zadovoljujejo svoje potrebe po večji samozavesti. Taki ukrepi preprečujejo eskalacijo pacienta ter omogočajo, da se naučijo obvladovati negativne misli in agresivno vedenje ter tako izboljšajo svoje spretnosti za reševanje sporov. Raziskovalci, ki so izvedli raziskavo analize tveganja nasilja na psihiatričnem oddelku, tako zaključujejo, da je v času omejenih zdravstvenih proračunov strukturirana ocena tveganja za nasilno vedenje intervencija, ki ne zahteva veliko časa in denarja ter je koristna za učinkovito prepoznavanje in zmanjševanje nasilja (Noda, et al., 2013; Guivarch & Cano, 2013). Abderhalden (2008) je izvedel raziskavo o pojavu nasilja na psihiatričnem oddelku. Ocena tveganja je bila izvedena dvakrat na dan prve tri dni hospitalizacije pacienta z akutnimi psihiatričnimi simptomi. Rezultatu ocene tveganja so sledile intervencije, ki so bile prilagojene stopnji tveganja za pacienta. Z oceno tveganja naredimo ključni korak pri napovedovanju ter preprečevanju nasilnega vedenja pacienta, tako da bi ocena tveganja morala postati pomemben element pri načrtovanju zdravljenja pacientov z duševnimi motnjami.

Trenutno se na področju psihiatrije pojavlja zelo malo formalnega usposabljanja za izvajanje ocen tveganja v psihiatričnih ustanovah. Raziskava v Oregonu je pokazala, da je le 40 odstotkov anketirancev s področja psihiatrije prejelo vsaj eno obliko izobraževanja glede nasilnih pacientov. Tako je raziskava pokazala, da ena tretjina zaposlenih na področju psihiatrije, ki se ukvarja z obravnavo in prepoznavo nasilnih pacientov, ni prejela ustreznega izobraževanja, kar lahko negativno vpliva na odnos zaposlenih do vodstva in obravnave nasilnih pacientov, poleg tega pa se ustvarja tudi negativno terapevtsko okolje (Antonius, et al., 2010).

2.2.1 Ocenjevanje nasilnega vedenja – Brøset-Violence-Checklist

Pravočasna uporaba preventivnih ukrepov pripomore k oceni tveganja. Norveški Brøset-Violence-Checklist (BVC) je eden izmed redkih instrumentov, ki so primerni za kratko časovno napovedovanje nasilnega vedenja pacientov. Na Norveškem je avtor

Roger Almvik razvil lestvico BVC (Brøset-Violence-Checklist) za oceno tveganja za agresivno vedenje pri pacientih. Lestvica je bila razvita na podlagi najbolj pogostih vzorcev vedenj pred samimi agresivnimi neželenimi dogodki in tako vsebuje šest najbolj značilnih oblik vedenja. Lestvica se izpolni ob sprejemu pacienta in pozneje tudi na oddelku za ponovno kontrolo nevarnosti agresivnega vedenja pacienta kot rutinsko beleženje stanja na oddelku, da bi prenesli informacije o pacientih med izmenami (Abderhalden, 2008). Zaposleni v zdravstveni negi na Kitajskem so pozitivno ocenili lestvico, saj se je izkazala kot preprost instrument za uporabo. Z njim so prihranili čas in ga uporabljali kot uspešno orodje za kratkoročno oceno potencialno nasilnih pacientov (Yao, et al., 2014). V raziskavi, kjer so preverjali natančnost BVC lestvice, so prišli do zanimivih ugotovitev. Lestvica je skoraj v 60 % pravilno ocenila ter predvidela eno od nasilnih vedenj pacienta (Rechenmacher, et al., 2014). Tudi raziskava Hvidhjelm in ostalih (2014) je pokazala primerljive podatke, s čimer se raziskovalci strinjajo, da je BVC lestvica pokazala dobro specifičnost in občutljivost za napovedovanje kratkoročnega tveganja nasilne oblike vedenja pacientov na psihiatričnih oddelkih.

2.2.2 Deeskalacijske tehnike

Pri delu z nasilnimi pacienti obstajajo štirje glavni cilji: zagotoviti varnost pacientov in osebja, pomagati pacientu pri obvladovanju svojih čustev in stiske, izogibati se uporabi prisile in poskušati se izogniti prisilnim intervencijam, ki stopnjujejo vznemirjenost pacienta. Tradicionalni metodi zdravljenja vznemirjenih in nasilnih pacientov, kot sta uporaba prisilnih sredstev in dajanje terapije proti volji, se poskušata nadomestiti z večjim poudarkom na pristopu do pacienta. Strokovnjaki so ugotovili, da so rezultati velikokrat hitrejši, učinkovitejši in pacientom bolj prijazni, če se te posege izvaja po standardih (Richmond, et al., 2012).

V zadnjih letih so je po svetu razširila uporaba deeskalacijskih tehnik. Deeskalacija je zmanjševanje stopnjevanja napetosti z uporabo verbalnih in neverbalnih komunikacijskih tehnik, in sicer z namenom, da bi zmanjšali stopnjo vznemirjenosti, jeze, sovražnosti in potencialne agresivnosti pri napetem pacientu (Rager Zuzelo, 2009). Deeskalacijske tehnike uporabljamo pri pacientih, ki so tesnobni, agitirani, napeti,

prestrašeni, vznemirjeni, vinjeni ali pod vplivom drugih psihoaktivnih substanc. S treningom deeskalacijskih tehnik zmanjšamo uporabo posebnih varovalnih ukrepov (Horvat, 2014). Price in Baker (2012) navajata, da deeskalacijske tehnike vsebujejo sedem ključnih sestavin. Tri se nanašajo na veščine in znanje osebja (verbalne, neverbalne veščine in samokontrola), ostale štiri pa na proces intervencije (soočanje s pacientom, kdaj posredovati, zagotoviti varno okolje in pravilna uporaba deeskalacijskih strategij).

Verbalna in neverbalna komunikacija sta medsebojno povezani. Večina deeskalacijskih tehnik poteka po metodah neverbalne komunikacije. Tako predvsem poslušamo, uporabljamo ponavljanje, odsevanje in potrditev. Tišino uporabimo, ko želimo dati pacientu ali sebi čas za razmislek. Vprašanja, ki jih zastavimo, naj bodo odprtega tipa in naj ne vsebujejo besede zakaj, saj z njo lahko povzročimo dodatno provokacijo. Uporabljamo pomirjajoč in odločen glas, izogibamo se vpitju in sarkazmu. Ne govorimo, ko pacient vpije. Držimo se sproščeno, s spuščeni rokami in ne izvajamo hitrih gibov. Med pogovorom ne žvečimo, ne držimo rok v žepih in ne nosimo nakita, s katerim bi nas pacient lahko poškodoval. Pacient, ki je na meji nasilnega izbruha, potrebuje do štirikrat več prostora. Od njega se odmaknemo vsaj za dolžino roke in mu ne obračamo hrbta. Če obstaja možnost, ga pospremimo v mirno sobo in mu ponudimo sedeč položaj, usedemo se tudi mi. Poizkušamo komunicirati na isti višini kot pacient, dotika se izogibamo. Pogovor naj poteka tako, da pacienta spodbujamo na predhodno povedani način. Prav tako mu ponudimo možnost, da pove, kaj se je zgodilo. S tem, ko nam pacient pove, lahko razjasnimo situacijo in mu pomagamo rešiti problem. Običajno mu predlagamo ustrezne rešitve, pomembno pa je, da jo izbere sam (Lipovec, 2015).

2.2.3 Sistemski ukrepi za preprečevanje incidentov, povezanih z nasiljem

Ukrepi za preprečevanje in upravljanje nasilja na delovnem mestu nad zdravstvenimi delavci so bili opisani v različnih okoljih zdravstvenega varstva. Številne države so objavile splošna priporočila za zdravstveno osebje glede varnosti in zaščite, vendar pa se narava nasilja na delovnem mestu razlikuje že med zaposlenimi v zdravstvenem sektorju kot tudi med kulturami in državami (Morken, et al., 2015).

Zaposleni v zdravstvu, predvsem na področju psihiatrije, so velikokrat soočeni z obvladovanjem pacienta s hetero in avtoagresivnim vedenjem. Ob koncu šolanja in na začetku poklicne kariere nihče ni pripravljen na neprijetne dogodke. Nekatere posege in zdravstveno nego se izvaja proti volji pacientov, kar je že samo po sebi stresno in neugodno. Pomembno je kontinuirano izobraževanje zaposlenih o nasilnem vedenju in poznavanju dejavnikov tveganja, ki ga sproži (Kovač, 2012). Podatki o nasilju na delovnem mestu so redko in relativno malokrat poročani. Potrebno je vodstvo, ki spodbuja zaposlene k poročanju o nasilju, saj s tem bistveno vpliva na njihovo sposobnost pri delu. Pomembno vprašanje v zdravstvu je nasilje na delovnem mestu, ki ga je treba obravnavati od pravnih, finančnih, etičnih do človeških vidikov upravljanja virov. Smernice za preprečevanje in odpravljanje nasilja na delovnem mestu v zdravstvenih organizacijah zahtevajo komplementarne organizacijske učinke, premišljeno vodstveno načrtovanje in kritično mišljenje (Danesh, et al., 2008).

Preventiva za boj proti negativnim posledicam nasilja na delovnem mestu vključuje uporabo telefona, klicne naprave za pomoč, trening samoobrambe, socialno podporo in omejevanje interakcij s potencialnimi ali z že znanimi povzročitelji nasilja iz preteklosti. Nasilje na delovnem mestu je resen in vedno večji problem, ki vpliva na vse zdravstvene delavce. Potrebne so strategije za preprečevanje nasilja na delovnem mestu in obvladovanje negativnih posledic, ki jih zdravstveni delavci doživijo zaradi nasilnih dogodkov. Ključne komponente programa vključujejo izobraževanje in usposabljanje osebja, oceno tveganja, prakse upravljanja in razvoj politike (Gillespie, et al., 2010).

3 EMPIRIČNI DEL

Z izbrano temo diplomske naloge bomo v empiričnem delu podrobneje predstavili in analizirali pojavnost ter vrste nasilja, ki smo jim izpostavljeni zaposleni na področju psihiatrije in nujne medicinske pomoči. Preučili bomo trditve anketirancev glede varnosti na delovnem mestu.

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je raziskati pojavnost ter oblike nasilnih vedenj, ki smo jim izpostavljeni zdravstveni delavci na področju psihiatrije in nujne medicinske pomoči. Primerjali bomo podatke z nekaterimi raziskavami in po potrebi predlagali ukrepe. Cilj diplomskega dela je ugotoviti:

- Pojavnost incidentov, ki so povezani z nasiljem pri zdravstvenih delavcih na področju psihiatrije in nujne medicinske pomoči, ter katerim oblikam nasilnega vedenja so zaposleni najpogosteje izpostavljeni.
- Razlike v pojavnosti nasilja med zaposlenimi v psihiatriji in na področju nujne medicinske pomoči.
- Razlike v pojavnosti incidentov, povezanih z nasiljem med zaprtimi in odprtimi oddelki v psihiatriji.
- Pojavnost bolniške odsotnosti zaradi nasilja pacientov.
- Razlike v pojavnosti incidentov, povezanih z nasiljem med različnimi izmenami dela.
- Možne oblike reševanja in preprečevanja nasilja na delovnem mestu.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi pregledane domače in tuje literature ter zastavljenih ciljev smo razvili naslednja raziskovalna vprašanja:

- Kakšna je pojavnost incidentov, ki so povezani z nasiljem nad zdravstvenimi delavci, ter katera oblika nasilnega vedenja se najpogosteje pojavlja?
- Kakšna je razlika v pojavnosti oblik nasilja v povezavi s poklicem?
- Kakšna je pojavnost bolniške odsotnosti z dela zaposlenih v zdravstvu zaradi nasilja pacientov?
- Kakšen je pomen področja delovnega mesta na pojavnost oblik nasilja?
- Kakšen pomen imata nočno delo in spol zaposlenih na nasilno vedenje pacientov?
- Kakšne oblike reševanja nasilja na delovnem mestu vidijo anketiranci?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

Raziskava je temeljila na neeksperimentalni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. Za potrebe teoretičnega dela smo pregledali dostopno strokovno in znanstveno literaturo iz domačega in tujega okolja.

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Podatke v empiričnem delu diplomskega dela smo pridobili s pomočjo strukturiranega vprašalnika Perceptions of Prevalence Of Aggression Scale (POPAS), podatke smo kvantitativno obdelali (Oud, 2000). Pregled literature smo izvedli na osnovi strokovne literature, ki nam je dostopna v strokovnih in splošnih knjižnicah po Sloveniji. Za iskanje slovenske literature smo uporabili virtualno knjižnico Slovenije – COBISS. Za iskanje tujih člankov smo uporabili tuje baze podatkov Cinahl, PubMed in Medline. Za iskanje smo uporabili naslednje ključne besede v slovenskem jeziku, ki so vsebinsko povezane s temo naše diplomske naloge: agresija, psihiatrija, nujna medicinska pomoč, zdravstveno osebje (ang. aggression, psychiatry, emergency medical assistance, medical staff).

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Podatke za raziskovalni del diplomskega dela smo pridobili s pomočjo strukturiranega vprašalnika, ki smo ga razdelili med zaposlene v zdravstvu na področju psihiatrije in nujne medicinske pomoči. Vprašalnik je sestavljen iz treh delov, prvi del zajema demografske podatke ter podatke o delovnem mestu. Drugi del je standardiziran vprašalnik o pogostosti agresije Perceptions of Prevalence Of Aggression Scale (POPAS), ki zajema najpogostejše oblike agresivnega vedenja (Oud, 2000). Vprašalnik je prosto dostopen na spletu, prevedli smo ga sami. V Sloveniji je bil ta vprašalnik uporabljen v diplomski nalogi (Ključanin, 2015). Ta sklop obsega 16 vprašanj. Tretji del vprašalnika obsegajo trditve (o številu osebja, pogostosti ter potrebi za izobraževanje). Za oceno teh trditev smo uporabili Likertovo lestvico (petstopenjsko) v kombinaciji z ocenjevalno lestvico (z ocenami od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti-niti, 4 – strinjam se in 5 – popolnoma se strinjam). Razumljivost vprašalnika smo preverili pri petih zaposlenih v zdravstveni negi. Vprašalnik POPAS se je v predhodnih raziskavah izkazal kot zanesljiv (0,86 Cronbach alfa) (Oud, 2000). Zanesljivost merskega instrumenta smo v naši raziskavi prav tako preverili s Cronbachovim koeficientom alfa v programu SPSS 22.0. Cronbach koeficient alfa je za našo raziskavo pokazal 0,904. S tem lahko trdimo, da je merski instrument dosegel odlično zanesljivost (Cenčič, 2009).

3.3.3 Opis vzorca

Pri raziskavi smo za ciljno populacijo izbrali zdravstvene delavce, zaposlene v Psihiatrični bolnišnici Begunje, in zdravstvene delavce, zaposlene na reševalnih enotah Kranj ter Jesenice. V raziskavo so bili vključeni tudi zdravstveni delavci, zaposleni na Oddelku za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. Vzorec merjencev je bil namenski, razdelili pa smo 260 vprašalnikov. Pravilno izpolnjenih smo dobili 197, kar predstavlja 76-% realizacijo vzorca. Iz tabele 2 lahko razberemo, da je v raziskavi sodelovalo 197 zaposlenih na različnih področjih zdravstvenega varstva. Med anketiranci je bilo 114 (57,9 %) žensk, večina anketirancev je po poklicu zdravstveni tehnik (107 oz. 54,3 %) in diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik (74

oz. 37,6 %). Največ zaposlenih ima delovno dobo med 6 in 15 leti (69 ali 35 %), najmanj pa do pet let (14 ali 7,1 %). Nočno delo opravlja 158 (80,2 %) anketirancev. Večina anketirancev dela na zaprtem oddelku v psihiatrični bolnišnici (113 oz. 57,4 %), 43 (21,8 %) pa jih dela v enotah reševalne službe.

Tabela 2: Opis vzorca

		n = 197	%
Spol	Ženska	114	57,9
	Moški	83	42,1
Poklic	Zdravstveni tehnik	107	54,3
	Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik	74	37,6
	Zdravnik	10	5,1
	Delovni terapevt	6	3,0
Delovna doba	Do 5 let	14	7,1
	Od 6 do 15 let	69	35,0
	Od 16 do 25 let	44	22,3
	Od 26 do 35 let	53	26,9
	Nad 35 let	17	8,6
Nočno delo	Da, v okviru dežurne službe	45	22,8
	Da, v okviru rednega izmenskega dela	113	57,4
	Ne	39	19,8
Področje dela	Zaprta oddelka v psihiatrični bolnišnici	113	87,4
	Odpri oddelka v psihiatrični bolnišnici	20	10,2
	Delo v reševalni službi	43	21,8
	Drugo (delovna terapija, sprejemne ambulante v psihiatrični bolnišnici, ambulante v zdravstvenem domu in ostala področja)	21	10,7

Legenda: n = število anketirancev; % = delež

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Vprašalnike smo na začetku z vso potrebno dokumentacijo posredovali vodstvu zavodov. Po pridobitvi soglasij za izvedbo anketiranja smo po dogovoru z odgovornimi v PB Begunje, Zdravstvenemu domu Kranj in Zdravstvenemu domu Jesenice ankete tudi osebno izročili. Anketirance, ki so v vzorcu z Oddelka za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor, smo anketirali izven bolnišnice, na strokovnih srečanjih Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji.

Vprašalnike smo takoj po izpolnitvi dobili nazaj. V vprašalniku so bila priložena vsa potrebna navodila. Anketirane smo seznanili z možnostjo zavrnitve, sodelovanja in anonimnostjo. Izpolnjene vprašalnike so anketiranci vrnil v zato pripravljene zabojnike. Anketiranje je bilo izvedeno v obdobju od julija do oktobra 2015.

Po zaključku zbiranja vprašalnikov smo rezultate oziroma pridobljene podatke statistično obdelali. Za analizo smo uporabili statistični program za kvantitativno obdelavo podatkov SPSS 22.0. Za odgovarjanje na zastavljena raziskovalna vprašanja smo uporabili opisno statistiko. Pri spremenljivkah smo uporabili: frekvence, odstotke, najmanjšo (v nadaljevanju MIN) in največjo (v nadaljevanju MAX) vrednost, povprečno vrednost (v nadaljevanju PV), ki nam je dala le podatek o srednji vrednosti, ne vemo pa, kako razpršeno so udeleženci odgovarjali, zato smo izračunali tudi standardni odklon (v nadaljevanju SO). Ta nam pove mero razpršenosti ter standardno napako (v nadaljevanju SN), ki nam da informacije o tem, kako dobre podatke imamo – manjša je napaka, bolj verjetno je, da je povprečje bolj kredibilno. Na podlagi pridobljenih odgovorov, ki smo jih obdelali z opisnimi statistikami, smo poskušali ugotoviti razlike med spremenljivkami. V ta namen smo uporabili statistične teste, kjer smo računali p-vrednost. Če je p-vrednost manjša od 0,05, pomeni, da lahko na ravni 5-odstotnega tveganja trdimo, da statistično pomembne razlike obstajajo oziroma obstaja 5-odstotna verjetnost (ali manjša), da smo prišli do razlik v našem vzorcu po naključju. Če je p-vrednost manjša od 0,01, potem lahko na ravni 1-odstotnega tveganja trdimo, da se statistično pomembne razlike pojavljajo. S pomočjo Levenovega testa smo preverjali homogenost varianc, saj je homogenost le-teh potrebna za izračun ANOVE, ki jo lahko uporabimo, kadar je p-vrednost večja od 0,05. Kjer je bila p-vrednost manjša od 0,05 in variance niso bile homogene, smo uporabili Brown–Forsytheov test. Uporabili smo tudi Mnogoterne primerjave (post-hoc test). Ta test podrobneje prikaže, katere skupine se med seboj statistično podrobneje razlikujejo. Za analizo povezanosti med spremenljivkami smo uporabili Pearsonov (Hi–kvadrat test) korelacijski koeficient. Ker pogoji za Pearsonov korelacijski koeficient niso bili izpolnjeni, smo uporabili Kullbackov test. Z njim smo ugotavljali, čeimata spremenljivki vpliv ena na drugo oziroma če se povezujeta. V primeru, da je p–vrednost manjša od 0,05 ($p < 0,05$), potem

obstaja povezanost ene spremenljivke na drugo in jo lahko posplošimo na celotno populacijo anketirancev.

3.4 REZULTATI

Anketiranci se najpogosteje srečujejo z različnimi oblikami psihičnega nasilja, najmanj je spolnega nasilja. Najpogostejša vrsta nasilja, s katero se srečujejo zaposleni na področju psihiatrije in nujne medicinske pomoči, so napadi brez jasnih groženj ($n = 197$ ali 100 %, $PV = 3,45$) najmanj zastopana vrsta nasilja je spolni napad/posilstvo ($n = 197$ ali 100 %, $PV = 1,16$). Zdravstveno oskrbo zaradi nasilja na delovnem mestu je potrebovalo 27 ali 13,7 % anketirancev. Bolniško odsotnih z dela zaradi nasilja pacientov je bilo 18 (9,1 %). Anketiranci si želijo predvsem več zaposlenega osebja ($n = 197$ ali 100 %, $PV = 4,0$) ter izobraževanja s področja obvladovanja nasilja na delovnem mestu ($n = 197$ ali 100 %, $PV = 3,9$).

V nadaljevanju bomo podrobneje predstavili rezultate, ki smo jih razdelili na tri tematske sklope. Prvi tematski sklop obsega demografske podatke, ki so predstavljeni v opisu vzorca ter prikazani v tabeli 2. Drugi in tretji tematski sklop zajemata rezultate glede na zastavljena raziskovalna vprašanja.

3.4.1 Rezultati drugega in tretjega tematskega sklopa

Raziskovalno vprašanje 1: Kakšna je pojavnost incidentov, ki so povezani z nasiljem nad zdravstvenimi delavci, ter katera oblika nasilnega vedenja se najpogosteje pojavlja?

S pomočjo Likertove lestvice (z ocenami od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti-niti, 4 – strinjam se in 5 – popolnoma se strinjam) smo ugotavljali povprečne vrednosti pri pojavnosti oblik nasilja, s katerimi se srečujejo zaposleni v zdravstvu. Anketiranci se najpogosteje srečujejo z napadi brez jasnih groženj ($PV = 3,45$), s pasivnim nasilnim vedenjem ($PV = 3,36$) in z izzivalnim nasilnim vedenjem ($PV = 2,66$). Najmanj pogosto se anketiranci srečujejo s spolnim

nadlegovanjem (PV = 1,62) in spolnim napadom/posilstvom (PV = 1,16). Ostali podatki so v tabeli 3.

Tabela 3: Pojavnost nasilja nad zdravstvenimi delavci

Oblika nasilja	n	PV	MED	MOD	SO	MIN	MAX
Napadi brez jasnih groženj	197	3,45	3,00	5	1,26	1	5
Napadi z jasnimi grožnjami	197	2,53	2,00	2	1,16	1	5
Ponižujoče nasilno vedenje	197	2,62	3,00	3	1,21	1	5
Izzivalno nasilno vedenje	197	2,66	3,00	2	1,07	1	5
Pasivno nasilno vedenje	197	3,36	3,00	3	1,25	1	5
Občasno (manipulativno)	197	2,12	2,00	1	1,20	1	5
Nasilje s fizičnimi grožnjami	197	2,35	2,00	3	1,11	1	5
Uničevalno nasilno vedenje	197	2,10	2,00	2	1,05	1	5
Zmerno fizično nasilje	197	1,93	2,00	2	0,95	1	5
Težje fizično vedenje	197	1,63	1,00	1	0,90	1	5
Zmerno fizično nasilje, usmerjeno proti sebi	197	2,13	2,00	2	1,03	1	5
Težje nasilje, usmerjeno proti sebi	197	1,95	2,00	1	1,05	1	5
Poskus samomora	197	2,00	2,00	1	1,08	1	5
Samomor	197	1,64	1,00	1	0,92	1	5
Spolno nadlegovanje/zloraba	197	1,62	1,00	1	0,80	1	5
Spolni napad/posilstvo	197	1,16	1,00	1	0,43	1	4

Legenda: n = velikost vzorca; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; MED = mediana; MOD = modus; MIN = minimalna vrednost; MAX = maksimalna vrednost

Raziskovalno vprašanje 2: Kakšna je razlika v pojavnosti oblik nasilja v povezavi s poklicem?

V tabeli 4 smo prikazali povezanost različnih oblik nasilja s poklicem (zdravstveni tehnik, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, zdravnik, delovni terapevt). Z Levenovim testom smo preverjali homogenost varianc, ki niso homogene pri uničevalnem nasilnem vedenju, težjem fizičnem nasilju in spolnem napadu/posilstvu. Pri trditvah, kjer so variance homogene, smo uporabili ANOVA test, pri trditvah z nehomogenimi variancami pa smo uporabili Brown–Forsytheov test. Skupno prihaja do statistično pomembnih razlik v poklicih pri sedmih oblikah

nasilja, kot so: napadi brez jasnih groženj ($p = 0,02$), napadi z jasnimi grožnjami ($p = 0,04$), ponižujoče nasilno vedenje ($p = 0,02$), izzivalno nasilno vedenje ($p = 0,04$), nasilje s fizičnimi grožnjami ($p = 0,03$), uničevalno nasilno vedenje ($p = 0,01$) in zmerno fizično nasilje ($p = 0,01$). Pri ostalih oblikah nasilja se statistično pomembne razlike ne pojavljajo.

Tabela 4: Razlike med obliko nasilja in poklicem

Oblika nasilja	F	a	p-vrednost
Napadi brez jasnih groženj	3,57	/	0,02
Napadi z jasnimi grožnjami	2,74	/	0,04
Ponižujoče nasilno vedenje	3,34	/	0,02
Izzivalno nasilno vedenje	2,92	/	0,04
Pasivno nasilno vedenje	2,29	/	0,08
Občasno (manipulativno) vedenje	1,49	/	0,22
Nasilje s fizičnimi grožnjami	3,04	/	0,03
Zmerno fizično nasilje	4,17	/	0,01
Težje fizično vedenje	0,22	/	0,88
Zmerno fizično nasilje, usmerjeno proti sebi	0,47	/	0,71
Težje nasilje, usmerjeno proti sebi	0,77	/	0,51
Poskus samomora	0,78	/	0,50
Spolno nadlegovanje/zloraba	1,94	/	0,12
Uničevalno nasilno vedenje	/	4,94	0,01
Težje fizično vedenje	/	3,75	0,07
Spolni napad/posilstvo	/	2,39	0,09

Legenda: F = homogene variance (rezultati testa ANOVA); a = asoptimatična F distribucija (rezultati Brown-Forsythevega testa); p = statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj

Ker smo želeli ugotoviti, katere oblike nasilja in poklici se podrobneje razlikujejo, smo uporabili post-hoc test (tabela 5). Pri napadih brez jasnih groženj se med seboj statistično pomembno razlikuje ($p = 0,04$) poklic zdravstvenega tehnika (PV = 3,42) in zdravnika (PV = 2,6). Razlike se pojavljajo tudi med diplomiranimi medicinskimi sestrami/diplomiranimi zdravstveniki (PV = 3,69) in zdravniki (PV = 2,6) ($p = 0,01$) ter med diplomiranimi medicinskimi sestrami/diplomiranimi zdravstveniki (PV = 3,69) in delovnimi terapevti (PV = 1,83) ($p = 0,03$). Ugotovili smo, da se pogosteje ta oblika nasilja pojavlja pri poklicu diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik (PV

= 3,69). Pri napadih z jasnimi grožnjami se med seboj statistično pomembno razlikujeta ($p = 0,02$) poklica diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika ($PV = 2,71$) in zdravnika ($PV = 1,8$). Najvišjo pojavnost pri tej obliki nasilja zaznamo pri poklicu diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik ($PV = 2,71$). Ostale oblike nasilnega vedenja in statistično pomembne povezave med poklici so predstavljene v tabeli 5.

Tabela 5: Mnogoterne primerjave med poklici

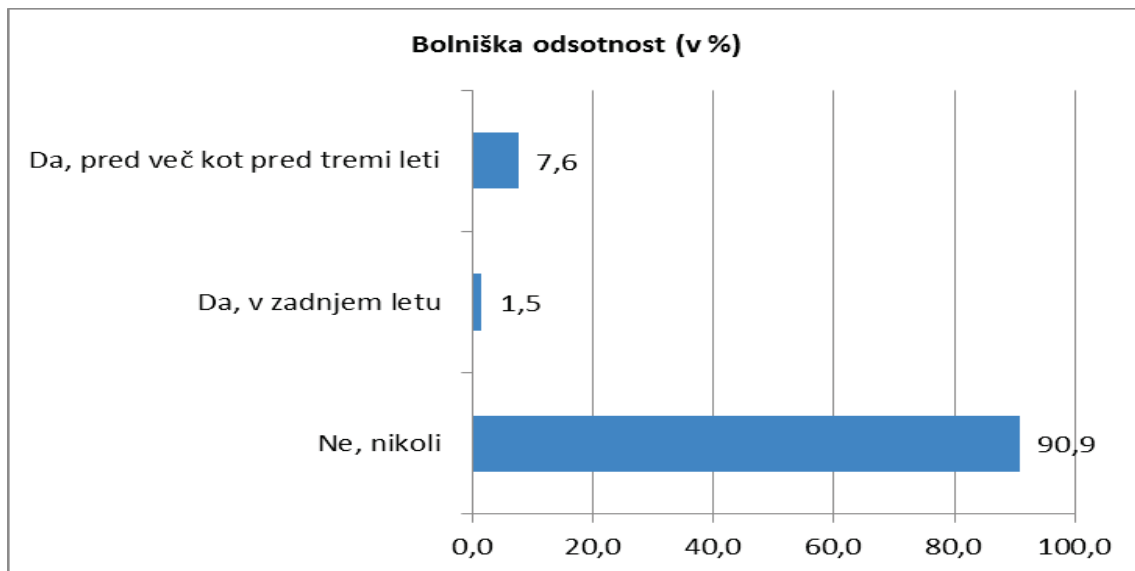
Odvisne spremenljivke			Razlika povprečij	Standardna napaka	p-vrednost
Napadi brez jasnih groženj	ZT ($PV = 3,42$)	DIPL MS	-0,25	0,19	0,19
		ZDR	0,830*	0,41	0,04
		DT	0,93	0,52	0,08
	DIPL MS ($PV = 3,69$)	ZT	0,25	0,19	0,19
		ZDR	1,076*	0,42	0,01
		DT	1,176*	0,53	0,03
	ZDR ($PV = 2,60$)	ZT	-0,830*	0,41	0,04
		DIPL MS	-1,076*	0,42	0,01
		DT	0,10	0,64	0,88
	DT ($PV = 1,83$)	ZT	-0,93	0,52	0,08
		DIPL MS	-1,176*	0,53	0,03
		ZDR	-0,10	0,64	0,88
Napadi z jasnimi grožnjami	ZT ($PV = 2,51$)	DIPL MS	-0,20	0,17	0,25
		ZDR	0,71	0,38	0,06
		DT	0,68	0,48	0,16
	DIPL MS ($PV = 2,71$)	ZT	0,20	0,17	0,25
		ZDR	0,916*	0,39	0,02
		DT	0,88	0,49	0,07
	ZDR ($PV = 1,80$)	ZT	-0,71	0,38	0,06
		DIPL MS	-0,916*	0,39	0,02
		DT	-0,03	0,59	0,96
	DT ($PV = 2,0$)	ZT	-0,68	0,48	0,16
		DIPL MS	-0,88	0,49	0,07
		ZDR	0,03	0,59	0,96
Ponižujoče nasilno vedenje	ZT ($PV = 2,67$)	DIPL MS	-0,07	0,18	0,70
		ZDR	1,073*	0,39	0,01
		DT	0,67	0,50	0,18
	DIPL MS ($PV = 2,75$)	ZT	0,07	0,18	0,70
		ZDR	1,143*	0,40	0,00
		DT	0,74	0,50	0,14
	ZDR ($PV = 1,60$)	ZT	-1,073*	0,39	0,01
		DIPL MS	-1,143*	0,40	0,00
		DT	-0,40	0,61	0,51
	DT ($PV = 1,66$)	ZT	-0,67	0,50	0,18
		DIPL MS	-0,74	0,50	0,14
		ZDR	0,40	0,61	0,51

Odvisne spremenljivke			Razlika povprečij	Standardna napaka	p-vrednost
Izzivalno nasilno vedenje	ZT (PV = 2,66)	DIPL MS	-0,15	0,16	0,36
		ZDR	0,46	0,35	0,18
		DT	0,997*	0,44	0,03
	DIPL MS (PV = 2,80)	ZT	0,15	0,16	0,36
		ZDR	0,61	0,35	0,09
		DT	1,144*	0,45	0,01
	ZDR (PV = 2,20)	ZT	-0,46	0,35	0,18
		DIPL MS	-0,61	0,35	0,09
		DT	0,53	0,54	0,33
	DT (PV = 2,50)	ZT	-0,997*	0,44	0,03
		DIPL MS	-1,144*	0,45	0,01
		ZDR	-0,53	0,54	0,33
Nasilje s fizičnimi grožnjami	ZT (PV = 1,43)	DIPL MS	0,06	0,16	0,71
		ZDR	0,839*	0,36	0,02
		DT	0,939*	0,46	0,04
	DIPL MS (PV = 2,37)	ZT	-0,06	0,16	0,71
		ZDR	0,778*	0,37	0,04
		DT	0,88	0,46	0,06
	ZDR (PV = 1,60)	ZT	-0,839*	0,36	0,02
		DIPL MS	-0,778*	0,37	0,04
		DT	0,10	0,56	0,86
	DT (PV = 1,50)	ZT	-0,939*	0,46	0,04
		DIPL MS	-0,88	0,46	0,06
		ZDR	-0,10	0,56	0,86
Uničevalno nasilno vedenje	ZT (PV = 2,18)	DIPL MS	0,02	0,15	0,87
		ZDR	1,087*	0,34	0,00
		DT	0,69	0,43	0,11
	DIPL MS (PV = 2,10)	ZT	-0,02	0,15	0,87
		ZDR	1,062*	0,35	0,00
		DT	0,66	0,44	0,13
	ZDR (PV = 1,10)	ZT	-1,087*	0,34	0,00
		DIPL MS	-1,062*	0,35	0,00
		DT	-0,40	0,53	0,45
	DT (PV = 1,33)	ZT	-0,69	0,43	0,11
		DIPL MS	-0,66	0,44	0,13
		ZDR	0,40	0,53	0,45
Zmerno fizično nasilje	ZT (PV = 2,05)	DIPL MS	0,14	0,14	0,33
		ZDR	0,956*	0,31	0,00
		DT	0,72	0,39	0,06
	DIPL MS (PV = 1,91)	ZT	-0,14	0,14	0,33
		ZDR	0,819*	0,31	0,01
		DT	0,59	0,39	0,14
	ZDR (PV = 1,10)	ZT	-0,956*	0,31	0,00
		DIPL MS	-0,819*	0,31	0,01
		DT	-0,23	0,48	0,63
	DT (PV = 1,0)	ZT	-0,72	0,39	0,06
		DIPL MS	-0,59	0,39	0,14
		ZDR	0,23	0,48	0,63

Legenda: p = statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj; ZT = Zdravstveni tehnik; DIPL MS = Diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik; ZDR = Zdravnik; DT = Delovni terapevt; PV = povprečna vrednost

Raziskovalno vprašanje 3: Kakšna je pojavnost bolniške odsotnosti z dela zaposlenih v zdravstvu zaradi nasilja pacientov?

Anketirance smo spraševali, če so potrebovali bolniško odsotnost zaradi nasilja pacientov na delovnem mestu. Bolniške odsotnosti do zdaj ni potrebovalo 179 oz. 90,9 % anketiranih oseb. V zadnjem letu so bili bolniško odsotni z dela 3 (1,5 %), 15 (7,6 %) anketirancev pa je bilo v bolniški odsotnosti zaradi nasilja pred več kot tremi leti.



Slika 1: Bolniška odsotnost zaradi nasilja na delovnem mestu

Raziskovalno vprašanje 4: Kakšen je pomen področja delovnega mesta na pojavnost oblik nasilja?

V raziskavi smo ugotavljali pomen delovnega mesta na pojavnost incidentov, ki so povezani z nasiljem. V tabeli 6 smo s pomočjo Likertove lestvice (z ocenami od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti-niti, 4 – strinjam se in 5 – popolnoma se strinjam) računali povprečne vrednosti. Primerjali smo oblike nasilja in področja dela anketirancev (zaprti oddelek v psihiatrični bolnišnici, odprti oddelek v psihiatrični bolnišnici, delo v reševalni službi in druga področja dela). Med druga področja dela smo uvrstili delovno terapijo, delo v sprejemnih ambulantah v psihiatričnih bolnišnicah, v ambulantah v zdravstvenem domu in ostala področja v psihiatriji in nujni medicinski pomoči. Anketiranci, ki so zaposleni na zaprtih oddelkih psihiatričnih bolnišnic, doživljajo najvišjo pojavnost nasilja pri oblikah, kot so: napadi brez jasnih groženj (PV = 3,83), pasivno nasilno vedenje (PV = 3,61), ponižujoče nasilno vedenje (PV = 3,0) in izzivalno nasilno vedenje (PV = 2,89). Najnižje

zaznavanje anketirancev na zaprtem oddelku zaznamo pri samomoru (PV = 1,55) in spolnem napadu/posilstvu (PV = 1,15). Zaposleni na enotah nujne medicinske pomoči v primerjavi z ostalimi doživljajo najvišjo pojavnost pri naslednjih oblikah: poskusu samomora (PV = 2,11), samomoru (PV = 2,11), težjem nasilju, usmerjenim proti sebi (PV = 2,09), spolnem nadlegovanju/zlorabi (PV = 1,69) in spolnem napadu/posilstvu (PV = 1,27). Občasno manipulativno vedenje se najpogosteje pojavlja na drugih področjih dela (PV = 2,47).

Tabela 6: Pojavnost nasilja glede na področje dela

Oblika nasilja	PV zaprti oddelek	PV odprti oddelek	PV nujna medicinska pomoč	PV druga področja dela
Napadi brez jasnih groženj	3,83	2,70	3,13	2,76
Napadi z jasnimi grožnjami	2,78	2,00	2,37	2,00
Ponižujoče nasilno vedenje	3,0	2,05	2,30	1,80
Izzivalno nasilno vedenje	2,89	2,05	2,41	2,52
Pasivno nasilno vedenje	3,61	2,95	2,97	3,19
Občasno (manipulativno)	2,21	1,90	1,79	2,47
Nasilje s fizičnimi grožnjami	2,77	1,75	1,88	1,52
Uničevalno nasilno vedenje	2,40	1,65	1,65	1,80
Zmerno fizično nasilje	2,29	1,40	1,53	1,33
Težje fizično vedenje	1,84	1,25	1,44	1,23
Zmerno fizično nasilje, usmerjeno proti sebi	2,35	1,70	1,88	1,85
Težje nasilje, usmerjeno proti sebi	2,02	1,50	2,09	1,71
Poskus samomora	2,07	1,60	2,11	1,71
Samomor	1,55	1,35	2,11	1,38
Spolno nadlegovanje/zloraba	1,68	1,40	1,69	1,33
Spolni napad/posilstvo	1,15	1,05	1,27	1,04

Legenda: PV zaprti oddelek = povprečna vrednost zaprtega oddelka v psihiatrični bolnišnici; PV odprti oddelek = povprečna vrednost odprtega oddelka v psihiatrični bolnišnici; PV nujna medicinska pomoč = povprečna vrednost nujne medicinske pomoči; PV druga področja dela = povprečna vrednost na drugih področjih dela v psihiatriji in nujni medicinski pomoči (delovna terapija, ambulante v zdravstvenem domu in ostala področja)

Z Levenovim testom smo preverjali homogenost varianc, ki niso homogene pri: občasnem/manipulativnem vedenju ($p = 0,02$), zmernem fizičnem nasilju ($p = 0,05$), težjem fizičnem vedenju ($p = 0,00$), samomoru ($p = 0,00$), spolnem nadlegovanju ($p = 0,01$) in spolnem napadu/posilstvu ($p = 0,00$). Pri trditvah z nehomogenimi variancami smo razlike v pojavnosti različnih oblik nasilja med različnimi področji dela izračunali s pomočjo Brown–Forsythevega testa. Za trditve, kjer so variance homogene, smo za

preverjanje pojavnosti nasilja glede na delovno mesto uporabili ANOVA test. Skupno se statistično pomembne razlike pojavljajo pri dvanajstih oblikah nasilja in so prikazane v tabeli 7. Napadi brez jasnih groženj ($F = 9,93$; $p = 0,00$) imajo najvišjo povprečno vrednost na zaprtem oddelku v psihiatrični bolnišnici ($PV = 3,83$) in najmanjšo povprečno vrednost na odprtem oddelku ($PV = 2,70$). Pasivno nasilno vedenje ($F = 3,88$; $p = 0,01$) doživljajo najpogosteje na zaprtem oddelku v psihiatrični bolnišnici ($PV = 3,61$), najmanj pa na odprtem oddelku v psihiatrični bolnišnici ($PV = 2,95$). Ponižujoče nasilno vedenje ($F = 10,74$; $p = 0,00$), najpogosteje doživijo zaposleni na zaprtem oddelku v psihiatrični bolnišnici ($PV = 3,0$) in najmanj na drugih področjih dela ($PV = 1,80$). Izzivalno nasilno vedenje ($F = 5,12$; $p = 0,00$) ima najvišjo povprečno vrednost na zaprtem oddelku v psihiatrični bolnišnici ($PV = 2,89$) in najmanjšo povprečno vrednost na odprtem oddelku ($PV = 2,05$). Ostali rezultati so prikazani v tabeli 6 in tabeli 7.

Tabela 7: Pomen področja dela na pojavnost nasilja

Oblika nasilja	F	a	p-vrednost
Napadi brez jasnih groženj	9,93	/	0,00
Napadi z jasnimi grožnjami	5,28	/	0,00
Ponižujoče nasilno vedenje	10,74	/	0,00
Izzivalno nasilno vedenje	5,12	/	0,00
Pasivno nasilno vedenje	3,88	/	0,01
Nasilje s fizičnimi grožnjami	17,59	/	0,00
Uničevalno nasilno vedenje	8,48	/	0,00
Zmerno fizično nasilje	15,73	/	0,00
Težje fizično vedenje	5,53	/	0,00
Poskus samomora	1,80	/	0,15
Občasno (manipulativno)	/	2,46	0,07
Težje fizično vedenje	/	8,77	0,00
Zmerno fizično nasilje, usmerjeno proti	/	4,99	0,00
Samomor	/	6,11	0,00
Spolno nadlegovanje/zloraba	/	2,03	0,12
Spolni napad/posilstvo	/	2,30	0,08

Legenda: F = homogene variance (rezultati testa ANOVA); a = asomptimatična F distribucija (rezultati Brown- Forsythevega testa); p = statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj

Raziskovalno vprašanje 5: Kakšen pomen imata nočno delo in spol v povezavi z nasilnim vedenjem pacientov?

V tabeli 8 je predstavljena zdravstvena oskrba zaradi nasilja na delovnem mestu glede na spol anketiranega. V raziskavi je sodelovalo 114 oziroma 58 % žensk in 83 oziroma 42 % moških. Zdravstveno oskrbo je v svoji poklicni karieri potrebovalo skupno 27 oziroma 13,7 % anketirancev, od tega 15 oziroma 3 % žensk in 12 oziroma 2,3 % moških. Večina anketiranih ($n = 19$) je zdravstveno oskrbo zaradi nasilja potrebovala pred več kot tremi leti.

Tabela 8: Pojavnost zdravstvene oskrbe zaradi nasilja glede na spol

		Zdravstvena oskrba zaradi nasilja											
		Ne, nikoli		Da, v zadnjem letu		Da, v zadnjih dveh letih		Da, v zadnjih treh letih		Da, pred več kot pred tremi leti		Skupaj	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
SPOL	Ž	99	58	3	60	2	100	0	0	10	53	114	58
	M	71	42	2	40	0	0	1	100	9	47	83	42
Skupaj		170	100	5	100	2	100	1	100	19	100	197	100

Legenda: n = velikost vzorca, % = odstotni delež; Ž = ženska; M = moški

V tabeli 9 nas je zanimalo, če obstaja povezava med spolom in zdravstveno oskrbo zaradi nasilja, zato smo uporabili Pearsonovo korelacijo. Ker pogoji za Pearsonov korelacijski koeficient niso bili izpolnjeni, smo uporabili Kullbackov test. Z njim smo ugotavljali, če imata spremenljivki vpliv ena na drugo oziroma ali sta medsebojno povezani. Če je p-vrednost manj kot 0,05, potem obstaja povezanost ene spremenljivke na drugo in jo lahko posplošimo na celotno populacijo. Ugotovili smo, da p-vrednost znaša 0,386. Tveganje je večje kot 5 %. S tem ne moremo trditi, da obstaja povezava med spolom in iskanjem zdravstvene oskrbe zaposlenih zaradi nasilja.

Tabela 9: Povezanost spola in zdravstvene oskrbe zaradi nasilja

	Vrednost testa	df	p-vrednost
Pearsonov Hi-kvadrat	3,062	4	0,547
Kullbackov test	4,147	4	0,386
n veljavnih	4,147	4	0,386

Legenda: vrednost = vrednost samega testa; df = stopnja prostosti; p = statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj; n = velikost vzorca

Tabela 10 predstavlja, koliko anketirancev opravlja nočno delo ($n = 158$ ali $80,2\%$) in/ali je to delo v okviru dežurne službe ($n = 45$ ali $22,8\%$) ali v okviru rednega izmenskega dela ($n = 113$ ali $57,4\%$). V tabeli so predstavljeni tudi podatki, ali so anketiranci potrebovali zdravstveno oskrbo zaradi nasilja. V zadnjem letu so zdravniško oskrbo potrebovali trije zaposleni ($5,9\%$), ki opravljajo nočno delo. Skupno je zdravniško oskrbo zaradi nasilja pacientov potrebovalo 27 ($13,7\%$) anketirancev. Od teh jih nočno delo opravlja 20 ali $9,8\%$.

Tabela 10: Pojavnost zdravstvene oskrbe zaradi nasilja v povezavi z nočnim delom

		Zdravstvena oskrba zaradi nasilja											
		Ne, nikoli		Da, v zadnjem letu		Da, v zadnjih dveh letih		Da, v zadnjih treh letih		Da, pred več kot pred tremi leti		Skupaj	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
NOČNO DELO	DA, dežurna služba	41	24	2	40	0	0	0	0	2	11	45	23
	DA, redno delo	97	57	1	20	2	100	1	100	12	63	113	57
	NE	32	19	2	40	0	0	0	0	5	26	39	20
Skupaj		170	100	5	100	2	100	1	100	19	100	197	100

Legenda: n = velikost vzorca, % = odstotni delež; DA dežurna služba = DA, v okviru dežurne službe; DA redno delo = DA, v okviru rednega izmenskega dela

V tabeli 11 nas je zanimalo, če obstaja povezava med nočnim delom in zdravstveno oskrbo zaradi nasilja, zato smo uporabili Pearsonovo korelacijo. Ker pogoji za Pearsonov korelacijski koeficient niso bili izpolnjeni, smo uporabili Kullbackov test. Z njim smo ugotavljali, če imata spremenljivki vpliv ena na drugo oziroma ali se povežeta. Če je p-vrednost manj kot $0,05$, potem obstaja povezanost ene spremenljivke na drugo in lahko povezanost posplošimo na celotno populacijo anketirancev. Ugotovili smo, da p-vrednost znaša $0,382$, tveganje je večje kot 5% . S tem lahko zagotovimo, da ne obstaja povezanost med spremenljivkama in da rezultatov ne moremo posplošiti na celotno populacijo anketirancev.

Tabela 11: Povezanost zdravstvene oskrbe in nočnega dela

	Vrednost testa	df	p-vrednost
Pearsonov Hi-kvadrat	7,108	8	0,525
Kullbackov test	8,545	8	0,382
n veljavnih	8,545	8	0,382

Legenda: vrednost = vrednost samega testa; df = stopnja prostosti; p = statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj; n = velikost vzorca

Raziskovalno vprašanje 6: Kakšne oblike reševanja nasilja na delovnem mestu vidijo anketiranci?

S tretjim in tudi zadnjim sklopom smo želeli ugotoviti mišljenje zdravstvenih delavcev o varnosti in možnih oblikah reševanja nasilja na delovnem mestu. Rezultati so prikazani v tabeli 12. Za oceno teh trditvev smo uporabili Likertovo lestvico (petstopenjska) v kombinaciji z ocenjevalno lestvico (z ocenami od 1 do 5, pri čemer pomeni: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti-niti, 4 – strinjam se in 5 – popolnoma se strinjam). V tabeli 12 so navedene trditve in prikazane povprečne vrednosti. Anketiranci navajajo, da za obvladovanje nasilja na delovnem mestu potrebujemo več osebja (PV = 4,0) in izobraževanja s področja obvladovanja nasilnega vedenja pacientov (PV = 3,89). Anketiranci so na delovnem mestu izpostavljeni verbalnemu nasilju (PV = 3,83). Rezultati so pokazali, da do najmanjše povprečne vrednosti prihaja pri trditvi »V naši ustanovi imamo ničelno toleranco do nasilja pacientov« (PV = 2,85).

Tabela 12: Trditve o varnosti na delovnem mestu

Trditvev	n	PV	MED	MOD	SO	MIN	MAX
Na delovnem mestu sem izpostavljen verbalnemu nasilju.	197	3,83	4,00	5	1,297	1	5
Na delovnem mestu sem izpostavljen fizičnemu nasilju.	197	3,31	3,00	5	1,371	1	5
Na delovnem mestu se počutim varno.	197	3,51	4,00	4	1,013	1	5
Za obvladovanje nasilja potrebujemo več osebja.	197	4,00	4,00	5	1,161	1	5

Trditev	n	PV	MED	MOD	SO	MIN	MAX
Za obvladovanje nasilnega vedenja pacientov sem dovolj usposobljen.	197	2,98	3,00	3	1,186	1	5
Želim si več usposabljanja s področja obvladovanja nasilnega vedenja pacientov.	197	3,89	4,00	5	1,215	1	5
V naši ustanovi imamo ničelno toleranco do nasilja pacientov.	197	2,85	3,00	3	1,350	1	5
Menim, da je doseganje varnosti zaposlenih v naši ustanovi eno izmed prednostnih nalog.	197	3,54	4,00	5	1,379	1	5

Legenda: n = velikost vzorca; PV = povprečna vrednost; MED = mediana; MOD = modus; SO = standardni odklon; MIN = minimalna vrednost; MAX = maksimalna vrednost

V raziskavi smo ugotavljali statistično pomembne razlike med trditvami o varnosti na delovnem mestu in spolom (tabela 13). Z Levenovim testom smo preverjali homogenost varianc, ki nista homogeni pri trditvah: »Na delovnem mestu sem izpostavljen verbalnemu nasilju« in »Na delovnem mestu sem izpostavljen fizičnemu nasilju«. Z Brown–Forsythevim testom smo ugotovili, da do statistično pomembnih razlik pri teh trditvah ne prihaja. Pri ostalih trditvah smo uporabili ANOVA test. Iz rezultatov testa smo ugotovili, da se pojavlja statistično pomembna razlika pri trditvi »Menim, da je doseganje varnosti zaposlenih v naši ustanovi eno izmed prednostnih nalog« ($F = 9,66$; $p = 0,00$) (glej tabelo 13).

Tabela 13: Pojavnost in razlike med trditvami o varnosti glede na spol

Trditev	a	F	p	PV ženske	PV moški
Na delovnem mestu sem izpostavljen verbalnemu nasilju.	6,16	/	0,09	3,70	4,01
Na delovnem mestu sem izpostavljen fizičnemu nasilju.	4,25	/	0,16	3,16	3,51
Na delovnem mestu se počutim varno.	/	0,42	0,52	3,55	3,45
Za obvladovanje nasilja potrebujemo več osebja.	/	1,25	0,26	4,07	3,89
Za obvladovanje nasilnega vedenja pacientov sem dovolj usposobljen.	/	3,51	0,06	3,11	2,79
Želim si več usposabljanja s področja obvladovanja nasilnega vedenja pacientov.	/	0,31	0,58	3,92	3,83
V naši ustanovi imamo ničelno toleranco do nasilja pacientov.	/	1,06	0,30	2,76	2,96
Menim, da je doseganje varnosti zaposlenih v naši ustanovi eno izmed prednostnih nalog.	/	9,66	0,00	3,79	3,19

Legenda: a = asomptimatična F distribucija (rezultati Brown-Forsythevega testa); F = homogene variance (rezultati testa ANOVA); p = statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj; PV = povprečna vrednost

Prav tako smo ugotavljali statistično pomembne razlike med trditvami o varnosti na delovnem mestu in področjem dela (tabela 14). Z Levenovim testom smo preverjali homogenost varianc, ki so homogene pri trditvah: »Na delovnem mestu sem izpostavljen fizičnemu nasilju«, »Za obvladovanje nasilnega vedenja pacientov sem dovolj usposobljen«, »Želim si več usposabljanja s področja obvladovanja nasilnega vedenja pacientov« in »V naši ustanovi imamo ničelno toleranco do nasilja pacientov«. Pri teh smo uporabili ANOVA test, kjer smo ugotovili, da se statistično pomembne razlike pojavljajo pri trditvi »Na delovnem mestu sem izpostavljen fizičnemu nasilju« ($F = 19,81$; $p = 0,00$). Najbolj so nasilju izpostavljeni zaposleni na zaprtem oddelku v psihiatrični bolnišnici ($PV = 3,87$), najmanj pa na odprtem oddelku v psihiatrični bolnišnici ($PV = 2,25$). Pri nehomogenih variancah do statistično pomembnih razlik ne prihaja. V tabeli 14 smo predstavili tudi ostale povprečne vrednosti glede na področje dela.

Tabela 14: Pojavnost in razlike med trditvami o varnosti glede na področje dela

Trditev	a	F	p	PV ZO	PV OO	PV NMP	PV Drugo
Na delovnem mestu sem izpostavljen verbalnemu nasilju.	3,19	/	0,27	4,18	2,95	3,44	3,57
Na delovnem mestu sem izpostavljen fizičnemu nasilju.	/	19,81	0,00	3,87	2,25	2,58	2,81
Na delovnem mestu se počutim varno.	3,47	/	0,09	3,39	3,90	3,53	3,71
Za obvladovanje nasilja potrebujemo več osebja.	/	0,65	0,58	4,25	4,05	3,67	3,23
Za obvladovanje nasilnega vedenja pacientov sem dovolj usposobljen.	0,74	/	0,16	2,92	3,10	2,93	3,28
Želim si več usposabljanja s področja obvladovanja nasilnega vedenja pacientov.	0,82	0,36	0,78	3,85	4,15	3,88	3,81
V naši ustanovi imamo ničelno toleranco do nasilja pacientov.	/	1,79	0,15	2,76	2,55	2,91	3,42
Menim, da je doseganje varnosti zaposlenih v naši ustanovi eno izmed prednostnih nalog.	4,45	/	0,33	3,57	4,00	3,30	3,42

Legenda: a = asomptimatična F distribucija (rezultati Brown-Forsythevega testa); F = homogene variance (rezultati testa ANOVA); p = statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj; PV ZO = povprečna vrednost zaprtega oddelka v psihiatrični bolnišnici; PV OO = povprečna vrednost odprtega oddelka v psihiatrični bolnišnici; PV NMP = povprečna vrednost nujne medicinske pomoči; PV DRUGO = povprečna vrednost na drugih področjih dela v psihiatriji in nujni medicinski pomoči (delovna terapija, ambulate v zdravstvenem domu in ostala področja)

V tabeli 15 smo ugotavljali, ali se pojavljajo statistično pomembne razlike med trditvami o varnosti in vrsto poklica. Z Levenovim testom smo preverjali homogenost varianc, ki so homogene pri vseh trditvah. S testom ANOVA smo ugotovili, da prihaja do statistično pomembnih razlik pri trditvi »Na delovnem mestu izpostavljeni fizičnemu nasilju« ($F = 5,14$; $p = 0,00$). Najbolj so fizičnemu nasilju izpostavljeni delovni terapevti ($PV = 4,0$), najmanj pa zdravniki ($PV = 2,4$). Pri ostalih trditvah ni zaznati statistično pomembnih razlik. Pojavnost povprečnih vrednosti pri trditvah v primerjavi s poklicem so navedene v tabeli 15.

Tabela 15: Pojavnost in razlike med trditvami o varnosti glede na poklic

Trditev	F	p	PV ZT	PV DMS	PV ZDR	PV DT
Na delovnem mestu sem izpostavljen verbalnemu nasilju.	2,51	0,06	3,84	3,98	3,60	1,66
Na delovnem mestu sem izpostavljen fizičnemu nasilju.	5,14	0,00	3,46	3,35	2,40	4,0
Na delovnem mestu se počutim varno.	1,79	0,15	3,37	3,69	3,50	3,50
Za obvladovanje nasilja potrebujemo več osebja.	0,48	0,70	4,01	4,00	4,20	3,16
Za obvladovanje nasilnega vedenja pacientov sem dovolj usposobljen.	1,26	0,29	3,11	2,83	2,60	3,83
Želim si več usposabljanja s področja obvladovanja nasilnega vedenja pacientov.	0,40	0,75	3,85	3,89	4,30	2,16
V naši ustanovi imamo ničelno toleranco do nasilja pacientov.	0,80	0,50	2,90	2,87	2,50	4,00
Menim, da je doseganje varnosti zaposlenih v naši ustanovi eno izmed prednostnih nalog.	0,74	0,53	3,55	3,58	3,00	3,52

Legenda: F = homogene variance (rezultati testa ANOVA); p = statistično značilna razlika pri 0,05 ali manj; PV ZT = povprečna vrednost zdravstvenega tehnika; PV DMS = povprečna vrednost diplomirane medicinske sestre/diplomiranega zdravstvenika; PV ZDR = povprečna vrednost zdravnika; PV DT = povprečna vrednost delovnega terapevta

3.5 RAZPRAVA

Raziskave potrjujejo, da se zaposleni v zdravstvu redno, vsakodnevno srečujejo z različnimi oblikami agresije in nasilja. Zaposleni na področju psihiatrije in nujne medicinske pomoči temu ne dajejo velike pozornosti, saj nasilje na delovnem mestu razumejo kot nekaj samoumevnega. Večina zdravstvenih delavcev resnejših incidentov niti ne prijavi in z njimi shaja skozi celotno poklicno kariero (Vatovec–Progar 2009; Kitaneh & Hamdan, 2012; Magnavita, 2014).

V našem diplomskem delu smo se osredotočili na pojavnost in vrste nasilja, s katerimi se srečujejo anketiranci, ki so zaposleni na področju psihiatrije in nujne medicinske pomoči. Ugotovili smo, da je večina zaposlenih v zadnjih dvanajstih mesecih pred raziskavo doživela verbalno nasilje brez jasnih groženj in pasivno nasilno vedenje. Redko prihaja do nasilja, kjer pride do uporabe fizične sile. Manj pogosto se pojavljajo tudi poskusi samomora in uspešni samomori. Nikoli oziroma v majhnih deležih se pojavljata spolno nadlegovanje in posilstvo. Tudi James s sodelavci (2011) je dokazal da se večina zaposlenih v zdravstveni negi s področja psihiatrije vsakodnevno srečuje z verbalnim nasiljem. Najmanj se jih srečuje s spolnim nasiljem in poskusi samomora. V Sloveniji je Ključanin (2015) ugotovila podobno, kjer je vzorec obsegal le zaposlene v zdravstveni negi v domu starejših občanov. Raziskava, ki je bila prav tako izvedena v Sloveniji leta 2012, je pokazala, da zaposleni v zdravstveni negi pogosto doživljajo psihično nasilje. V zadnjem letu je bilo v tej raziskavi kar 60 odstotkov anketirancev žrtev psihičnega nasilja, ki so ga povzročili pacienti. V primerjavi z ostalimi poklici v Sloveniji je to kar 8 % več od povprečja ostalih poklicev v Sloveniji. Med zaposlenimi v zdravstveni negi je psihično nasilje pogostejša oblika nasilja kot fizično nasilje (Babnik, et al., 2012).

Z raziskavo smo poskušali ugotoviti razlike v pojavnosti različnih oblik nasilja v primerjavi s poklicem, ki ga anketiranci opravljajo. Ugotovili smo, da se z nasiljem najpogosteje srečujejo zaposleni v zdravstveni negi. Swain (2014) je pokazal identične rezultate v svoji raziskavi, ki je potekala med zdravstvenimi delavci na Novi Zelandiji. Karen-Leight s sodelavci (2014) je v metanalizi 137 raziskav ugotovil, da se na področju psihiatrije in nujne medicinske pomoči najpogosteje pojavlja fizično nasilje, ki so mu izpostavljeni prav zaposleni v zdravstveni negi. Menimo, da do tega prihaja tudi zaradi količine časa, ki ga zaposleni v zdravstveni negi preživijo ob pacientu, kar lahko povežemo s predhodnimi raziskavami. Zaradi količine preživetega časa ob pacientu so zaposleni v zdravstveni negi tudi do devetkrat bolj izpostavljeni nasilju kot ostali zdravstveni delavci (Babnik, et al., 2012; Magnavita & Heponiemi, 2012). Statistično pomembne razlike med pojavnostjo različnih oblik nasilja in poklicem se pojavljajo pri napadih brez jasnih groženj in napadih z jasnimi grožnjami. Do razlik prihaja tudi v ponižujočem, izzivalnem in pasivnem nasilnem vedenju. Prav tako opazimo razlike pri

nasilju s fizičnimi grožnjami in zmernim fizičnim nasiljem, ki ga doživljajo zaposleni v zdravstvu. Ugotovili smo tudi, da so povprečne vrednosti pri vseh naštetih oblikah nasilja višje pri zaposlenih v zdravstveni negi (zdravstveni tehnik, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik) kot pri zdravnikih in delovnih terapevtih. Pri pregledu literature smo tudi ugotovili, da nekateri raziskovalci tega niso uspeli dokazati (Ryan & Maguire, 2006; Ključanin, 2015). Pri delu z nasilnimi pacienti prihaja do poškodb in posledično do bolniške odsotnosti zaposlenega. Ugotovili smo, da v zadnjem letu pred raziskavo velika večina ni potrebovala bolniške odsotnosti zaradi nasilja na delovnem mestu. Kljub temu je skoraj 10 odstotkov anketirancev v svoji poklicni karieri že bilo v bolniškem staležu zaradi posledic nasilja na delovnem mestu, kar ugotavljajo tudi James in ostali (2011). Ugotavljali smo tudi pojavnost zdravstvene oskrbe zaradi nasilja. V poklicni karieri je več kot 13 odstotkov anketirancev potrebovalo zdravniško pomoč zaradi posledic nasilja na delovnem mestu. Zdravstveno oskrbo je v zadnjem letu potrebovalo le nekaj anketirancev. Gomaa in sodelavci (2015) ugotavljajo, da prihaja do poškodb zaradi nasilja pri vsakem petem zaposlenem v zdravstvu in socialni službi. Skoraj identične podatke navajata Ryan in Maguire, ki sta leta 2006 izvedla raziskavo na Irskem, izvedeno med zaposlenimi v nujni medicinski pomoči. Kar 22 odstotkov poškodovanih na delovnem mestu je utrpelo poškodbo, ki so jo povzročile druge osebe. Zaposleni v zdravstveni negi se na nasilje na delovnem mestu lahko odzovejo z bolniško odsotnostjo, spreminjanjem delovnega mesta ali celo z izstopom iz zdravstva v celoti. Potencialno nasilje na delovnem mestu proti zdravstvenim delavcem pa vodi tudi do poklicne tesnobe (Karen-Leight, et al., 2014; Bole, 2014).

Z raziskavo smo želeli ugotoviti pomen delovnega mesta na pojavnost incidentov, ki so povezani z oblikami nasilja. V naši raziskavi smo ugotovili, da imajo zaposleni na odprtih oddelkih v psihiatrični bolnišnici in zaposleni na drugih področjih dela nižjo pojavnost pri oblikah nasilja kot zaposleni na zaprtem oddelku v psihiatrični bolnišnici in zaposleni na področju nujne medicinske pomoči. Zaposleni na zaprtih oddelkih psihiatrične bolnišnice imajo najvišjo pojavnost v kar desetih izmed šestnajstih oblik nasilja, ki jih vsebuje naš vprašalnik. Te oblike so povezane z različnimi oblikami psihičnega in fizičnega nasilja, ki ga doživijo zaposleni na zaprtih oddelkih psihiatrične

bolnišnice. V Sloveniji je bilo podobno ugotovljeno leta 2011. Zaposleni na oddelku pod posebnim nadzorom v primerjavi z zaposlenimi na drugih oddelkih pogosteje doživljajo fizično nasilje (Vohar, 2011). Da prihaja do pomembnih razlik glede na področje dela, ugotavlja tudi De Benedictis s sodelavci (2011), saj so ugotovili, da je oddelk pod posebnim nadzorom v psihiatrični bolnišnici bolj izpostavljen različnim oblikam nasilja. V naši raziskavi zaposleni na področju nujne medicinske pomoči doživljajo najvišjo pojavnost pri petih oblikah nasilja, ki so povezani s spolnim nasiljem in z nasiljem, usmerjenim proti sebi (poskus samomora, samomor). Raziskava, ki je bila leta 2006 izvedena s pomočjo vprašalnika POPAS, pa je na Irskem pokazala podobne rezultate. Potekala je med zaposlenimi na enotah nujne medicinske pomoči in je pokazala visoko pojavnost nasilja, usmerjenega proti sebi, predvsem so bili to poskusi samomora (Ryan & Maguire, 2006). V raziskavi smo se spraševali, kakšen pomen ima nočno delo zaposlenih na nasilno vedenje pacientov. Primerjali smo nočno delo z zdravstveno oskrbo zaradi nasilja in ugotovili, da ni pomembne povezanosti med spremenljivkama. Prav tako nas je zanimal pomen spola na nasilno vedenje pacientov, kjer smo dokazali, da ni statistične pomembnosti ter povezanosti med spremenljivkama. V letu 2014 je bila na Novi Zelandiji izvedena raziskava, kjer je sodelovalo 227 zaposlenih v zdravstveni negi. Tudi tam so prav tako prišli do ugotovitve, da ni povezave med spolom in nasiljem (Swain, et al., 2014). Nasprotno je dokazal James s sodelavci (2011), in sicer da so zaposleni moški v zdravstvu bolj izpostavljeni fizičnemu nasilju kot ženske. Za ženske, ki so zaposlene več kot deset let, pa velja, da doživijo večkrat verbalno in poniževalno nasilje, ki ga povzročijo pacienti. Da so pogosteje nasilju izpostavljeni moški zdravstveni delavci, zdravstveni delavci z manj delovnimi izkušnjami ter nižjo izobrazbo, ugotavljata tudi Magnavita in Heponeimi (2012). Raziskovalci tako ugotavljajo, da nasilje proti zaposlenim v zdravstvu skokovito narašča (Itzhaki, et al., 2015).

V naši raziskavi smo anketirancem zastavili trditve, s katerimi smo želeli ugotoviti občutke in mišljenje zdravstvenih delavcev glede varnosti na delovnem mestu. Anketiranci se strinjajo, da za obvladovanje nasilja potrebujemo več osebja in usposabljanja s področja nasilnega vedenja pacientov. Velikokrat pomanjkljivo znanje predstavlja problem pri obravnavi nasilnega pacienta, saj je končen rezultat odvisen od

izkušenj in iznajdljivosti vpletenih (Možgan, 2009; Zhao, et al., 2015). Kot predlagane spremembe za večjo varnost zdravstvenega osebja raziskovalci predlagajo: več zaposlenega kadra, izobraževanje s področja nasilja pacientov, tečaj samoobrambe in supervizijo (Vohar, 2011; James, et al, 2011; Swain, et al, 2014; Ključanin, 2015). Anketiranci v naši raziskavi menijo, da je doseganje varnosti zaposlenih v ustanovah ena izmed prednostnih nalog in da se na delovnem mestu počutijo varni, podobnega mišljenja pa so tudi Zhao in sodelavci (2015). Zanimivo je tudi, da anketiranci niso prepričani, da se v njihovem delovnem okolju zagotavlja ničelna toleranca do agresije pacientov (Simionov, 2009; Pich, et al., 2010).

Trditve o varnosti smo razdelili tudi po spolu, poklicu in področju dela. Po pojavnosti trditve ugotavljamo, da se ženske v raziskavi na delovnem mestu počutijo bolj varne od moških udeležencev. Ženske menijo, da za obvladovanje nasilja na delovnem mestu potrebujemo več osebja in izobraževanja s področja nasilnega vedenja pacientov. Iz rezultatov pri trditvah o varnosti na delovnem mestu opazimo, da moški navajajo višjo izpostavljenost fizičnemu in psihičnemu nasilju. To opazimo tudi pri anketiranih, ki so zaposleni na zaprtih oddelkih oziroma oddelkih pod posebnim nadzorom v psihiatrični bolnišnici. Prav tako so mnenja, da za obvladovanje nasilja potrebujemo več osebja. Bolj varno kot ostali se počutijo anketiranci, ki so zaposleni na odprtih oddelkih psihiatrične bolnišnice. Iz rezultatov vidimo, da se na delovnem mestu najvarnejše počutijo diplomirane medicinske sestre oziroma diplomirani zdravstveniki. Slednji se soočajo tudi z najvišjo pojavnostjo verbalnega nasilja na delovnem mestu. Zdravniki so najbolj izpostavljeni fizičnemu nasilju in so mnenja, da za obvladovanje nasilja na delovnem mestu potrebujemo več osebja. Prav tako se počutijo najbolj ogroženi pri svojem delu.

Omejitve raziskave

Odziv zdravstvenih zavodov na raziskavo ni bil pričakovan. Čeprav smo v raziskavo želeli zajeti večje število zaposlenih na psihiatriji in v enotah nujne medicinske pomoči, nam to vendarle ni uspelo. Na prošnjo za opravljanje raziskave se niso odzvali vsi zavodi. S pridobljenimi podatki bi ustrezneje primerjali pojav nasilja na delovnem

mestu v bolnišničnem in izven bolnišničnem okolju. V raziskavo bi si želeli vključiti tudi večje število zdravnikov in drugih zaposlenih v zdravstvu, saj bi tako ustrezneje izvajali primerjave med poklici. Čeprav je bil odziv zdravnikov in delovnih terapevtov nizek, smo se vseeno odločili, da jih uporabimo v naši raziskavi. Večji odziv anketirancev bi izničil tudi druge dejavnike pristranskosti raziskovanja.

4 ZAKLJUČEK

Raziskava je pokazala, da so zaposleni na področju psihiatrije in nujne medicinske pomoči redno izpostavljeni psihičnemu nasilju na delovnem mestu. Ker vse oblike nasilja lahko prizadenejo zaposlenega na takšen ali drugačen način, je pomembno, da delodajalec zagotavlja letna izobraževanja in delavnice o preprečevanju ter obvladovanju nasilja na delovnem mestu. Pomembno je, da se zavedamo možne nevarnosti in izbruha nasilja na delovnem mestu. V naši raziskavi smo se osredotočili le na nasilje, ki ga povzročajo pacienti nad osebjem, zaposlenim v zdravstvu. Nadaljne raziskave bi lahko vključevale tudi pojavnost nasilja, ki ga povzročajo svojci pacientov in nadrejeni nad zaposlenimi ter raziskave na reprezentativnih vzorcih, katerih ugotovitve bi lahko posplošili. Potrebne bi bile raziskave, ki proučujejo povezanost usposabljanja s področja obvladovanja nasilnega vedenja pacientov na pojavnost nasilja nad zdravstvenimi delavci.

»Ne glede na to, kaj smo po poklicu, ne bomo našli notranje izpolnjenosti, dokler se ne bomo lotili svojega dela z globokim občutkom, da je smiselno.«

Greg Anderson

5 LITERATURA

Abderhalden, C., 2008. The systematic assessment of the short-ter risk for patient violence on acute psychiatric wards. *The British journal of psychiatry*, 193(1), pp. 91–103.

Acquadro Maran, D., Varetto, A., Zedda, M. & Franscini, M., 2015. Health Care Professionals as Victims of Stalking: Characteristics of the Stalking Campaign, Consequences, and Motivation in Italy. *Journal of interpersonal violence*, pii: 0886260515593542 [Epub ahead of print].

Anderson, A. & West, S.G., 2011. Violence against mental health professionals: when the treater becomes the victim. *Innovations in clinical neuroscience*, 8(3), pp. 34–39.

Antonius, D., Fuchs, L., Herbert, F., Kwon, J., Fried, J.L., Burton, P.R., Straka, T., Levin, Z., Caligor, E. & Malaspina, D., 2010. Psychiatric assessment of aggressive patients: a violent attack on a resident. *The American journal of psychiatry*, (167), pp. 253–259.

Arnautović, S., 2009. Varnost zaposlenih v operacijski sobi.. In: T. Požarnik, ed. *Varnost zaposlenih v operacijski sobi : zbornik XXV, Moravske Toplice 20.11 in 21. 11. 2009*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, p. 7.

Babnik, K., Štemberger Kolnik, T. & Kopač, N., 2012. Predstavitev rezultatov dela raziskave Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu: oblike, pogostost in povzročitelji psihičnega nasilja. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 46(2), pp. 147–156.

Baby, M., Glue, P. & Carlyle, D., 2014. Violence is not part of our job': a thematic analysis of psychiatric mental health nurses' experiences of patient assaults from a New Zealand perspective. *Issues in mental health nursing*, 35(9), pp. 647–655.

Bole, U., 2014. *Proučevanje anksioznosti pri zaposlenih v zdravstveni negi: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Campbell, J.C., Messing, J.T., Kub, J., Agnew, J., Fitzgerald, S., Fowler, B., Sheridan, D., Lindauer, C., Deaton, J. & Bolyard, R., 2011. Workplace violence: prevalence and risk factors in the safe at work study. *The international journal of occupational and environmental medicine*, 53(1), pp. 82–89.

Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod Republike Slovenije za šolstvo, pp. 168–169.

Chen, W.C., Hwu, H.G. & Wang, J.D., 2009. Hospital staff responses to workplace violence in a psychiatric hospital in Taiwan. *International journal of occupational and environmental health*, 15(2), pp.173–179.

Danesh, V.C., Malvey, D. & Fottler, M.D., 2008. Hidden workplace violence: what your nurses may not be telling you. *The health care manager*, 27(4), pp. 357–363.

De Benedictis, L., Dumais, A., Sieu, N., Mailhot, M.P., Létourneau, G., Tran, M. A., Stikarovska, I., Bilodeau, M., Brunelle, S., Côté, G. & Lesage, A.D., 2011. Staff perceptions and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on psychiatric wards. *Psychiatric service*, 62(5), pp. 484–491.

Edward, K.L., Ousey, K., Warelow, P. & Lui, S., 2014. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British journal of nursing*, 23(12), pp. 653–659.

Emergency Nurses Association, 2008. *Violence in the Emergency Department: Findings from ENA's study of Workplace Violence Against Registered Nurses*. Emergency Nurses Association. Available at:
http://download.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/PermaLink/NNA_39_7_8_GackiSmith_200075_SDC1.pdf [Accessed 5 October 2015].

Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S. & Nienhaus, A., 2010. Aggression and violence against health care workers in Germany-a cross sectional retrospective survey. *BioMed Central health services research*, 25(2), pp. 10–51.

Gabrovec, B., 2015. Nasilje nad zaposlenimi v psihiatrični zdravstveni negi, In: D. Lončar, ed. *Svetovalne in motivacijske tehnike za delo s pacienti, ki so v zdravstveni obravnavi težavni III, Dolenjske Toplice, 12. in 13. februar 2015*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, p. 15.

Gacki-Smith, J., Juarez, A.M., Boyett, L., Homeyer, C., Robinson, L. & MacLean S.L., 2009. Violence against nurses working in US emergency departments. *The Journal of nursing administration*, 39(7-8), pp. 340–349.

Gale, C., Hannah, A., Swain, N., Gray, A., Coverdale, J. & Oud, N., 2009. Patient aggression perceived by community support workers. *Australas Psychiatry*, 17(6), pp. 497–501.

Gavranič, S., 2009. *Nasilje na delovnem mestu medicinske sestre: diplomsko delo*. Kranj: Univerza v Mariboru, Fakulteta za organizacijske vede.

Gillespie, G.L., Gates, D.M., Miller, M. & Howard, P.K., 2010. Workplace violence in healthcare settings: risk factors and protective strategies. *Rehabilitation nursing*, 35(5), pp.177–184.

Gomaa, A.E., Tapp, L.C., Luckhaupt, S.E, Vanoli, K., Sarmiento, R.F., Raudabaugh, W.M., Nowlin, S. & Sprigg, S.M., 2015. Occupational traumatic injuries among workers in health care facilities - United States, 2012-2014. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 64(15), pp, 405-410.

Gomboc, N., 2010. *Vpliv stresa na delovnem mestu: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Gordon, L., Donna, M., Millera, M. & Kunz – Howardb, P., 2012. Emergency department workers' perceptions of security officers' effectiveness during violent events., *University of Cincinnati College of Nursing*, (42), pp. 21–27.

Groleger, U., 2009. Agresivnost. In: P. Pregelj & R. Kobentar, eds. *Zdravstvena nega in zdravljenje motenj v duševnem zdravju*. Ljubljana: Psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 228–305.

Guivarch, J. & Cano, N., 2013. Use of restraint in psychiatry: Feelings of caregivers and ethical perspectives. *Psychopharmacologie*, 39(4), pp. 237–243.

Hahn, S., Muller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G. & Halfens R.J.G., 2010. Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, (19), pp. 535–546.

Hahn, S., Hantikainen, V., Needham, I., Kok, G., Dassen, T. & Halfens R.J.G., 2012. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *Journal of advanced nursing*, 68(12), pp. 685–699.

Horvat, A., 2014. *Sprejem agresivnega pacienta na oddelek za psihiatrijo: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede.

Hvidhjelm, J., Sestoft, D., Skovgaard, L.T. & Bue Bjorner, J., 2014. Sensitivity and specificity of the Brøset Violence Checklist as predictor of violence in forensic psychiatry. *Nordic journal of psychiatry*, 68(8), pp. 536–542.

Itzhaki, M., Peles-Bortz, A., Kostistky, H., Barnoy, D., Filshtinsky, V. & Bluvstein, I., 2015. Exposure of mental health nurses to violence associated with job stress, life satisfaction, staff resilience, and post-traumatic growth. *International journal of mental health nursing*, 24(5), pp. 403–412.

James, B.O., Isa, E.W. & Oud, N., 2011. Patient aggression in psychiatric services: the experience of a sample of nurses at two psychiatric facilities in Nigeria., *African journal of psychiatry*, 14(2), pp. 130–133.

Kitaneh, M. & Hamdan, M., 2012. Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study. *BioMed Central health services research*, 20(12), p. 469.

Ključanin, A., 2015. *Pogled zaposlenih v zdravstveni negi na agresivno vedenje stanovalcev doma starejših: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Kolman, K., 2009. *Ogroženost medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatrični bolnišnici: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede.

Kovač, P., 2012. Fizično oviranje pacientov v klinični praksi. In: B., Bregar & J., Peterka Novak, eds. *Posebni varovalni ukrepi v teoriji in praksi, Ljubljana, 11. april 2012*. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 7–12.

Karen - Leigh, E., Ousey, K., Warelow, P. & Lui, S., 2014, Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 23 (12), pp. 653–659.

Letonja, V., 2009. Dileme zdravstvenega tehnika pri obravnavi agresivnega pacienta. In: U., Poček, ed. *Nasilno vedenje v duhu novih praks, Celjska koča, 6.11.2009*. Kranj: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 46–47.

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

Maguire, J., & Ryan, D., 2007. Aggression and violence in mental health services: categorizing the experiences of Irish nurses. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 14(2), pp. 120–127.

Magnavita, N. & Heponiemi, T., 2012. Violence towards health workers in a public health care facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BioMed Central health services research*, (12), p. 108.

Magnavita, N., 2014. Workplace Violence and Occupational Stress in Healthcare Workers: A Chicken-and-Egg Situation—Results of a 6-Year Follow-up Study. *Journal of nursing doctoral students scholarship*, 46(5), pp. 366–376.

Močnik M., 2009. Zloraba in nasilje varovancev v posebnem socialnovarstvenem zavodu z vidika del medicinske sestre. In: U., Poček, ed. *Nasilno vedenje v duhu novih praks, Celjska koč, 6.11.2009*. Kranj: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 17–24.

Morken, T., Johansen, H. & Alsaker, K., 2015. Dealing with workplace violence in emergency primary health care: a focus group study. *BioMed Central family practice*, (16), p. 51.

Možgan, B., 2009. Uvodnik. In: U., Poček, ed. *Nasilno vedenje v duhu novih praks, Celjska koč, 6.11.2009*. Kranj: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. p. 5

Noda, T., Sugiyama, N., Sato, M., Ito, H., Sailas, E. & Putkonen, H., 2013. Influence of patient characteristics on duration of seclusion/restraint in acute psychiatric settings in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 67(6), pp. 405–411.

Oud, N., 2000. *The Perception of Prevalence of Aggression Scale (POPAS) questionnaire*. Amsterdam-Niederlande. Available at:

http://www.researchgate.net/publication/270159849_The_Perception_of_Prevalence_of_Aggression_Scale_%28POPAS%29_Questionnaire [Accessed 15 May 2015].

Park, M., Cho, S.H. & Hong, H.J., 2015. Prevalence and perpetrators of workplace violence by nursing unit and the relationship between violence and the perceived work environment. *Journal of nursing scholarship*, 47(1), pp. 87–95.

Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D. & Kable, A., 2010. Patient-related violence against emergency department nurses. *Nursing and health sciences*, 12(2), pp. 268–274.

Price, O. & Baker, J., 2012. Feature article key componets of de-escalation tehniques Athematic synthesis. *Intrnetional journal of menthal health nursing*, 21(4), pp. 310–319.

Rager Zuzelo, P., 2009. The clinical nurse special handbook. *Canada : Jones and Barlett Publishers*, pp.169–170.

Richmond, J.S., Berlin, J.S., Fishkind, A.B., Holloman, G.H., Zeller, S.L., Wilson, M.P., Rifai, M.A. & Nq, A.T., 2012. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1), pp. 17–25.

Rechenmacher, J., Müller, G., Abderhalden, C. & Schulc, E., 2014. The diagnostic efficiency of the extended German Brøset Violence Checklist to assess the risk of violence. *Journal of nursing measurement*, 22(2), pp. 201–212.

Rukiye, P. & Firdevs, U., 2010. Verbal and physical violence in emergency departments: a survey of nurses in Istanbul, Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, (20), pp. 510–517.

Ryan, D. & Maguire, J., 2006. Aggression and violence - a problem in Irish Accident and Emergency departments?. *Journal of nursing management*, 14(2), pp. 106–115.

Simionov, Z., 2009. *Ogroženost zdravstvenega osebja v Psihiatrični kliniki Ljubljana: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede.

Swain, N., Gale, C. & Greenwood, R., 2014. Patient aggression experienced by staff in a New Zealand public hospital setting. *The New Zealand medical journal*, 127(1394), pp. 10–18.

Šrimpf, V., 2009. *Prisotnost psihičnega nasilja (mobbinga) na delovnem mestu: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede.

Teymourzadeh, E., Rashidian, A., Arab, M., Akbari-Sari, A. & Hakimzadeh, S., 2014. Nurses exposure to workplace violence in a large teaching hospital in Iran. *International journal of health policy and management*, 3(6), pp. 301–305.

Turk, T., 2013. *Pregled pravne ureditve nasilja na delovnem mestu s strani tretjih oseb: magistrsko naloga*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper.

Vatovec-Progar, I., 2009. Nasilje v zdravstvu – Kako nam je v pomoč Zdravniška zbornica Slovenije. In: Z. Klemenc-Ketiš & E. Zelko, eds. *II. Zdravčevi dnevi. Nasilje v zdravstvu in novosti v preventive. Grad Beltinci, 11. in 12. 9. 2009*, Zavod za razvoj družinske medicine, pp.17–22.

Van Niekerk, A., Mohamed Seedat, S., Jacobs, R., Ratele, K. & Roderick, M., 2015. The invisibility of men in South Africa violence prevention policy: national prioritization, male vulnerability, and framing prevention. *Global health action*, (8), p. 10.

Vessey, J.A., Demarco, R. & DiFazio, R., 2010. Bullying, harassment, and horizontal violence in the nursing workforce: the state of the science. *Annual review of nursing research*, (28), pp. 133–157.

Vohar A., 2011. *Ogroženost zdravstvenega osebja v pshiatrični bolnišnici: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede.

Warren, B., 2011. Workplace violence in hospitals: safe havens no more. *Journal of healthcare protection management*, 27(2), pp. 9–17.

Yao, X., Li, Z., Arthur, D., Hu, L., An, F.R. & Cheng, G., 2014. Acceptability and psychometric properties of Brøset Violence Checklist in psychiatric care settings in China. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 21(9), pp. 848–855.

Zhao, S., Liu, H., Ma, H., Jiao, M., Li, Y. & Hao, Y., 2015. Coping with Workplace Violence in Healthcare Settings: Social Support and Strategies. *International journal of environmental research and public health*, 12(11), pp. 14429–14444.

Zupančič, R., 2009. Nasilje. In: U., Poček, ed. *Nasilno vedenje v duhu novih praks, Celjska koč, 6.11.2009*. Kranj: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. pp. 8–11.

Žalig, M., 2011. *Upravljanje z agresijo in nasiljem v zavodih zapora in prevzgojnega doma: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETA O IZPOSTAVLJENOSTI NASILJU NAD ZDRAVSTVENIMI DELAVCI NA DELOVNEM MESTU

Spoštovani!

Sem Matej Bojić, absolvent Fakultete za zdravstvo Jesenice. Pred vami je vprašalnik, ki je del moje diplomske naloge z naslovom »**Izpostavljenost nasilju zdravstvenih delavcev na delovnem mestu**« in jo pripravljam pod mentorstvom mag. Branka Bregarja. Izpolnjevanje vprašalnika Vam bo vzelo nekaj časa, vendar nam bodo odgovori pripomogli k oceni razširjenosti nasilja, s katerim se srečujejo zaposleni v zdravstvu. Zagotavljam Vam anonimnost vaših podatkov, saj bodo uporabljeni izključno za namen diplomskega dela.

Za vaše sodelovanje in pomoč se Vam že vnaprej zahvaljujem.

Matej Bojić

Absolvent Fakultete za zdravstvo Jesenice

ANKETNI VPRAŠALNIK

Navodilo za izpolnjevanje: Vprašanja v anketi so zaprtega tipa in so sestavljena iz treh sklopov.

Prvi sklop vprašanj

Na njih odgovarjate tako, da obkrožite črko pred odgovorom ali pa ga dopišete na prazno črto.

1. Spol:

- a) ženska
- b) moški

2. Delovna doba:

Dopišite (v letih) _____

3. Poklic, ki ga opravljate (npr: ZT, SMS, DIPL. M. S., ZDR. (zdravnik) in drugo) :

Dopišite _____

4. Nočno delo?

- a) Da, v okviru dežurne službe
- b) Da, v okviru rednega izmenskega dela
- c) Ne

5. Področje dela

- 1. Oddelek pod posebnim nadzorom/zaprti oddelek v psihiatrični bolnišnici
- 2. Odprti oddelek v psihiatrični bolnišnici
- 3. Delo v reševalni službi
- 4. Delo nujne medicinske pomoči medicini
- 5. Drugo

(Dopišite) _____

6. Ali ste v preteklosti potrebovali zdravstveno oskrbo zaradi posledic nasilja pacientov?

- a) Ne, nikoli
- b) Da, v zadnjem letu
- c) Da, v zadnjih dveh letih
- d) Da, v zadnjih treh letih
- e) Da, pred več kot tremi leti

7. Ali ste v preteklosti potrebovali bolniško odsotnost zaradi posledic nasilja pacientov?

- a) Ne, nikoli

- b) Da, v zadnjem letu
- c) Da, v zadnjih dveh letih
- d) Da, v zadnjih treh letih
- e) Da, pred več kot tremi leti

Drugi sklop vprašanj

V spodnji tabeli je seznam pogostih oblik nasilnega vedenja pacientov, ki vsebuje 16 vprašanj. Pozorno preberite vsak opis na seznamu. Pri vsaki obliki nasilnega vedenja označite z križcem v prazen prostor ter se opredelite glede na pojavnost nasilnega vedenja pacientov, s katerimi ste se srečali v zadnjih 12-ih mesecih, pri čemer pomenijo 1– nikoli, 2 – redko, 3-občasno, 4 –pogosto, 5 – zelo pogosto.

OBLIKA NASILNEGA VEDENJA	1	2	3	4	5
<p>Napadi brez jasnih groženj</p> <p>Gre za opredelitev načina groženj kot npr. kletvice, osebna žalitev ali kričanje, pri čemer takšnega vedenja ne dojemate kot nevarnega.</p>					
<p>Napadi z jasnimi grožnjami</p> <p>Gre za opredelitev načina groženj, kot so izrečene zlonamerne kletvice, ki so posledica besa in vključujejo jasno nasilno izražanje, izbruhe jeze, ki Vas lahko ogrožajo tudi izven delovnega časa. Katerakoli omenjena oblika takšnega vedenja lahko povzroči osebno stisko, saj gre za grozeče in strašljivo dožemanje.</p>					
<p>Ponižujoče nasilno vedenje</p> <p>Gre za vedenje, kjer pacienti izrečejo osebne žaljivke (brez spolnega nadlegovanja in ustrahovanja), žalijo, pljuvajo, dajejo ponižujoče pripombe. Tako vedenje lahko vpliva na profesionalnost in samospoštovanje oz. prepričanje vase. Za vedenje, ki vam daje občutek spolnega nadlegovanja in ustrahovanja, glejte vprašanje Spolno nadlegovanje/zloraba.</p>					

OBLIKA NASILNEGA VEDENJA	1	2	3	4	5
<p>Izzivalno nasilno vedenje</p> <p>Gre za vedenje, ki se obravnava kot provokacija ali povzročanje kakršnegakoli spora z namenom ustvarjanja negativne reakcije. Z drugimi besedami: zaradi takšnega pacientovega vedenja se počutite, kot da bi se morali braniti oz. odzvati z ukrepi in komentarji, ki dejansko niso sprejemljivi.</p>					
<p>Pasivno nasilno vedenje</p> <p>Gre za vedenje, kot so razdražljivost, sitnarjenje, ugovarjanje, ne da bi hkrati delovali odkrito nasilno. Pacient deluje površno sodelovalno, podzavestno vedenje se občuti kot v nasprotju od površnega kooperativnega vedenja.</p>					
<p>Občasno (manipulativno) nasilno vedenje</p> <p>Gre za vedenje, pri katerih pacienti z manipulativnim vedenjem dosežejo, da zaposleni delujejo drug proti drugemu. Takšno vedenje pacientov pripelje do razdora med osebjem.</p>					
<p>Nasilje s fizičnimi grožnjami</p> <p>Gre za vedenje, kjer pacienti v zaposlene mečejo predmete brez določene tarče in ne povzročajo poškodb. Poslužujejo se loputanja vrat, brcanja v predmete, trganja tekstila, mazanja tal, uriniranja po tleh, grožnjam z orožjem. Pri tem pa ne povzročijo škode.</p>					
<p>Uničevalno nasilno vedenje</p> <p>Gre za vedenje, kjer pacienti uničujejo in razbijajo predmete, lahko zanetijo požar, mečejo predmete ali udarjajo in brcajo v predmete ter na njih povzročijo škodo.</p>					
<p>Zmerno fizično nasilje</p> <p>Gre za nasilje, kjer pacienti lahko zaposlene brcajo, trgajo z njih oblačila, praskajo, vlečejo za lase, pulijo lase, grizejo in napadajo zaposlene. Tako vedenje pripelje do manjših poškodb zaposlenih, kot so modrice, zvini, praske in odrgnine.</p>					

OBLIKA NASILNEGA VEDENJA	1	2	3	4	5
<p>Težje fizično nasilje</p> <p>Gre za nasilje, kjer pacienti z napadi povzročijo težje poškodbe pri zaposlenih. To so zlomi kosti, globoke rane, notranje poškodbe, izpadli zobje, izguba zavesti. Predvsem je tukaj potrebna zdravniška pomoč ali sprejem v bolnišnico.</p>					
<p>Zmerno nasilje, ki je usmerjeno proti sebi</p> <p>Gre za nasilje, kjer se pacienti praskajo, grizejo, se tepejo, si pulijo lase, udarjajo z glavo, mečejo predmete in udarjajo z njimi v tla. Takšno vedenje pripelje do lažjih poškodb ali pa jih sploh ni.</p>					
<p>Težje nasilje, ki je usmerjeno proti sebi</p> <p>Gre za nasilje, kjer pacienti poškodujejo sami sebe in povzročijo npr. globoke ureznine s krvavitvami, ugrize, opekline s cigareto. S tem si lahko povzročijo resne poškodbe, notranje poškodbe, zlome, izgubo zavesti, izgubo zob. Posledica tega je zdravljenje v bolnišnici ali pri zdravniku.</p>					
<p>Poskus samomora</p> <p>Gre za namerno zaužitje prevelikega odmerka zdravil, rezanje zapestij, skok z zgradb ali drugo. Pri tem se ta dejanja ne končajo s smrtjo.</p>					
<p>Samomor (smrt)</p>					
<p>Spolno nadlegovanje/zloraba</p> <p>Gre za vedenje pacientov z nespodobnimi gestami in vedenjem, ki se kažejo kot želja po spolnem občevanju ali zasebnih srečanjih. Lahko vključuje tudi nezaželeno izražanje spolnosti in dvoumne pripombe, zasledovanje, pisanje zasebnih pisem, napade, posilstvo, kazanje pornografskih vsebin, risanje po stenah s spolnimi figurami.</p>					
<p>Spolni napad/posilstvo</p> <p>Gre za vedenje, kjer pacient fizično napade, posili ali zahteva spolni odnos brez soglasja.</p>					

3 sklop vprašanj

V spodnji tabeli so navedene trditve. Za vsako trditve, ki jo označite z X v praznem prostoru, opredelite stopnjo z ocenami od 1 do 5. Pri čemer pomeni: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – ne strinjam se, 3 – niti-niti, 4 – strinjam se in ocena 5 – popolnoma se strinjam.

TRDITEV	1	2	3	4	5
Na delovnem mestu sem izpostavljen verbalnemu nasilju.					
Na delovnem mestu sem izpostavljen fizičnemu nasilju.					
Na delovnem mestu se počutim varno.					
Za obvladovanje nasilnega vedenja pacientov potrebujemo več osebja.					
Za obvladovanje nasilnega vedenja pacienta sem dovolj usposobljen/usposobljena.					
Želim si več usposabljanja s področja obvladovanja nasilnega vedenja pacienta.					
V naši ustanovi imamo ničelno toleranco do nasilja pacientov.					
Menim, da je doseganje varnosti zaposlenih v naši ustanovi eno izmed prednostnih nalog.					

Hvala za sodelovanje