



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

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**SAMOOCENA USPOSOBLJENOSTI IN
VARNOSTI ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI
NEGI PRED NASILNIM VEDENJEM
PACIENTOV NA PODROČJU PSIHIATRIJE –
EKSPLOLATIVNA RAZISKAVA**

**SELF-ASSESSMENT OF NURSING
EMPLOYEES ON THEIR COMPETENCE
AND SAFETY FROM VIOLENT
PSYCHIATRIC PATIENT BEHAVIOR –
EXPLORATORY RESEARCH**

Mentor:
doc. dr. Branko Bregar

Kandidatka:
Merima Ameti

Somentorica:
dr. Jožica Peterka Novak, viš. pred.

Ljubljana, maj, 2023

ZAHVALA

Najprej bi se zahvalila mentorju, doc. dr. Branku Bregarju, za vse napotke, nasvete, potrpežljivost, prijaznost in čas, ki ga je namenil mentoriranju. Prav tako bi se zahvalila somentorici, dr. Jožici Peterka Novak, viš. pred. za vse usmeritve, prilagoditve, prijaznost in podporo pri nastajanju zaključnega dela.

Zahvala gre tudi recenzentkama, prof. dr. Vesni Švab in doc. dr. Radojki Kobentar, ki sta z recenzijo naredili magistrsko delo še kakovostnejše.

Hvala tudi lektorici Sanji Berend, mag. prof. slov., ki je opravila izjemno delo.

Posebna zahvala gre tudi moji celotni družini za podporo, potrpežljivost in motivacijo pri študiju in pisanju magistrskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Nasilje nad zaposlenimi v zdravstveni negi je prisotno v številnih zdravstvenih sektorjih, na področju duševnega zdravja pa še toliko bolj zaradi tesnega odnosa med pacientom in zaposlenimi v zdravstveni negi. Za slednje je pomembno, da so ustrezno usposobljeni za svoje delo, saj bodo le tako lahko zagotavljali kakovostno zdravstveno obravnavo v varnem kliničnem okolju.

Cilj: Cilj magistrskega dela je ugotoviti oblike nasilnega vedenja pacientov, s katerimi se soočajo zaposleni v zdravstveni negi slovenskih psihiatričnih bolnišnic, in s tem povezano samooceno varnosti, usposobljenosti ter negativne občutke, ki jih doživljajo zaposleni.

Metoda: Izvedena je bila neeksperimentalna eksplorativna raziskava med vsemi zaposlenimi v zdravstveni negi slovenskih psihiatričnih bolnišnic ($n = 305$; 45 %) v obdobju med letoma 2018 in 2020. Uporabljen je bil strukturiran vprašalnik, katerega sestavni del je bila lestvica zaznavanja razširjenosti agresije (POPAS).

Rezultati: Zaposleni s srednjo izobrazbo se počutijo manj usposobljeni za delo z nasilnimi pacienti ($PV = 3,53$; $SO = 1,18$) v primerjavi z zaposlenimi z visoko stopnjo izobrazbe ($PV = 3,66$; $SO = 1,16$) ($p = 0,019$). Dejavniki, ki pojasnjujejo povezanost s pojavnostjo verbalnega nasilja, so: višje število let delovnih izkušenj ($p < 0,001$) in spol ($p < 0,017$) zaposlenih v zdravstveni negi. Samoocena varnosti ($p = 0,002$), samoocena usposobljenost ($p = 0,009$) in spolno nasilje pacientov ($p < 0,006$) so povezani z negativnimi občutki ogroženosti.

Razprava: Za povečanje varnosti in usposobljenosti za delo z nasilnimi pacienti s strani zaposlenih v zdravstveni negi bi bila smiselna uvedba modela rotacije, oddelčnega mentorja, krepitev skupnostne psihiatrije in profesionalizacija poklica zdravstvene nege. V nadaljnjih raziskavah bo treba pojav nasilnega vedenja nad zaposlenimi v zdravstveni negi spoznati tudi z druge strani – z vidika pacienta.

Ključne besede: verbalno nasilje, fizično nasilje, negativni občutki, zdravstvena nega, medicinska sestra

SUMMARY

Theoretical background: While violence against healthcare workers is present in many areas of health care, it is even more prevalent in mental health because of the close relationship between patients and healthcare workers. It is important for the latter to be adequately trained for their work, as this is the only way to ensure quality care in a safe clinical environment.

Goals: This work aims to identify the forms of violent patient behaviour experienced by nursing staff in Slovenian psychiatric hospitals and the related self-assessment of safety, competence and negative feelings experienced by the staff.

Methods: A non-experimental exploratory study was conducted among all nursing staff of Slovenian psychiatric hospitals (n = 305; 45%) between 2018 and 2020. A structured questionnaire was used, which included the Perception of Prevalence of Aggression Scale (POPAS).

Results: Nursing staff with secondary education feel less qualified to work with violent patients (MV = 3.53; SD = 1.18) compared to staff with a higher level of education (MV = 3.66; SD = 1.16) (p = 0.019). The following factors explain the association with the prevalence of verbal violence: years of work experience (p < 0.001) and gender (p < 0.017) of nursing staff. Self-rated safety (p = 0.002), self-rated competence (p = 0.009) and prevalence of sexual violence (p < 0.006) are associated with negative feelings of threat.

Discussion: An introduction of a work rotation model, ward mentors, strengthening community psychiatry and professionalization the nursing profession should be considered to increase the safety and competence of nursing staff when working with violent patients. Further research will also need to look at the phenomenon of violent behaviour against nursing staff from another perspective – the patient's view.

Key words: verbal violence, physical violence, negative feelings, nursing, nurse

KAZALO

| | |
|--|-----------|
| 1 UVOD..... | 1 |
| 2 TEORETIČNI DEL..... | 3 |
| 2.1 VARNOST ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI S PODROČJA PSIHIATRIJE..... | 3 |
| 2.1.1 Ukrepi zagotavljanja varnosti zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije pri obravnavi nasilnega vedenja pacienta na nivoju bolnišnice | 4 |
| 2.1.2 Ukrepi za zagotavljanje varnosti kot doprinos zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije | 6 |
| 2.2 NASILJE NAD ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVENI NEGI S PODROČJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN PSIHIATRIJE | 9 |
| 2.2.1 Nasilje na delovnem mestu | 9 |
| 2.2.2 Preprečevanje nasilja na delovnem mestu..... | 12 |
| 3 EMPIRIČNI DEL | 17 |
| 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA | 17 |
| 3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE | 17 |
| 3.3 METODE RAZISKOVANJA | 19 |
| 3.3.1 Dizajn raziskave | 19 |
| 3.3.2 Instrument raziskave | 20 |
| 3.3.3 Udeleženci raziskave..... | 21 |
| 3.3.4 Potek raziskave in soglasja..... | 22 |
| 3.3.5 Obdelave podatkov..... | 23 |
| 3.4 REZULTATI..... | 24 |
| 3.4.1 Preverjanje hipotez..... | 32 |
| 3.5 RAZPRAVA | 48 |
| 3.5.1 Priporočilo za nadaljnje delo..... | 59 |
| 3.5.2 Omejitve raziskave..... | 61 |
| 4 ZAKLJUČEK..... | 63 |
| 5 LITERATURA..... | 65 |
| 6 PRILOGE | |
| 6.1 INSTRUMENT | |

KAZALO TABEL

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Demografski podatki | 22 |
| Tabela 2: Razporeditev oblik nasilnega vedenja po vrstah nasilnega vedenja pacientov | 24 |
| Tabela 3: Opisna statistika za pogostost nasilnega vedenja po posameznih oblikah nasilnega vedenja..... | 24 |
| Tabela 4: Ocena varnosti pri svojem delu zaposlenih v zdravstveni negi po doseženi stopnji izobrazbe..... | 25 |
| Tabela 5: Samoocena usposobljenosti za delo s pacienti, ki se vedejo nasilno, s strani zaposlenih v zdravstveni negi po doseženi stopnji izobrazbe | 26 |
| Tabela 6: Pojavnost nasilnega vedenja med pacienti in nad zaposlenimi v zdravstveni negi | 26 |
| Tabela 7: Pojavnost nasilnega vedenja med pacienti in nad zaposlenimi v zdravstveni negi glede na spol zaposlenih v zdravstveni negi..... | 28 |
| Tabela 8: Opisna statistika za število izbranih občutkov | 29 |
| Tabela 9: Pojavnost oblik nasilnega vedenja glede na samooceno varnosti zaposlenih v zdravstveni negi..... | 30 |
| Tabela 10: Pojavnost oblik nasilnega vedenja glede na samooceno usposobljenosti zaposlenih v zdravstveni negi..... | 30 |
| Tabela 11: Ocena občutka samoocene varnosti zaposlenih v zdravstveni negi pri posameznih trditvah odnosa do pojavnosti nasilnega vedenja pacientov..... | 31 |
| Tabela 12: Ocena občutka samoocene usposobljenosti za delo s pacienti, ki se vedejo nasilno s strani zaposlenih v zdravstveni negi pri posameznih trditvah odnosa do pojavnosti nasilnega vedenja pacientov | 31 |
| Tabela 13: Povprečje samoocene varnosti glede na stopnjo izobrazbe..... | 32 |
| Tabela 14: Povprečje samoocene usposobljenosti za delo s pacienti, ki se vedejo nasilno, glede na stopnjo izobrazbe | 33 |
| Tabela 15: Povezanost števila let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi in pojavnosti verbalne oblike nasilnega vedenja pacientov..... | 34 |
| Tabela 16: Povezanost števila let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi in pojavnosti fizične oblike nasilnega vedenja pacientov | 35 |

| | |
|---|----|
| Tabela 17: Povezanost števila let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi in pojavnosti spolne oblike nasilnega vedenja pacientov | 37 |
| Tabela 18: Povprečje samoocene varnosti glede na stopnjo občutka ogroženosti..... | 39 |
| Tabela 19: Povprečje samoocene usposobljenosti glede na stopnjo občutka ogroženosti | 40 |
| Tabela 20: Povezanost med negativnimi občutki zaposlenih v zdravstveni negi s pogostostjo soočanja z verbalno obliko nasilnega vedenja pacientov..... | 41 |
| Tabela 21: Povezanost med negativnimi občutki zaposlenih v zdravstveni negi s pogostostjo soočanja s fizično obliko nasilnega vedenja pacientov..... | 43 |
| Tabela 22: Povezanost med negativnimi občutki zaposlenih v zdravstveni negi s pogostostjo soočanja s spolnim nasiljem s strani pacientov..... | 44 |
| Tabela 23: Povezanost med stopnjo soočanja z nasilnim vedenjem pacientov in samooceno varnosti | 45 |
| Tabela 24: Povezanost med stopnjo soočanja z nasilnim vedenjem pacientov in samooceno usposobljenosti | 47 |

KAZALO SLIK

| | |
|--|----|
| Slika 1: Dejavniki osebnostne strukture | 7 |
| Slika 2: Ukrepi za zmanjšanje nasilnega vedenja pacientov in odvisnosti..... | 61 |

1 UVOD

Zdravstvena nega je eden izmed poklicev, ki svojo prakso in podobo gradi na sočutju in kodeksu etike, vendar se zaposleni v zdravstveni negi s področja psihiatrije (v nadaljevanju: zaposleni v zdravstveni negi) pogosto ne počutijo varne, in sicer gledano v svetovnem merilu, saj se skoraj vsakodnevno soočajo z nasiljem na delovnem mestu. Vpliv nasilja nima le hudih posledic za zaposlene v zdravstveni negi, ampak vpliva na varnost in zdravje pacientov in kakovost njihove obravnave, strukturo ter finančne izdatke organizacije oziroma bolnišnice (Steven Koh, 2016; Campbell, et al., 2019). Bartolomé in sodelavci (2017) pišejo, da je nasilje prisotno v številnih zdravstvenih sektorjih, a je na področju duševnega zdravja še prisotnejše zaradi tesnega odnosa med zaposlenimi v zdravstveni negi in pacientom. Pri tem so zaskrbljujoči izsledki prav najnovejših raziskav (Mohamad, et al., 2021), ki nakazujejo, da je nasilje nad zaposlenimi zdravstvene nege v zadnjih letih doseglo epidemične razsežnosti.

Čeprav je varnost, po Splošni deklaraciji človekovih pravic, temeljna človekova pravica (Zidar & Polak Petrič, 2018), se zaposleni v zdravstveni negi pri svojem delu soočajo s številnimi tveganji, kršitvami in nasiljem na svojem delovnem mestu (Jenko, 2018). Varnost zaposlenih v zdravstveni negi je, kljub tveganjem pri opravljanju dela, pomanjkljivo urejena in predstavlja velik problem znotraj zdravstvenega sistema (Shi, et al., 2020).

Slovenska raziskava, ki jo je izvedel Zorić (2019) med 200 zaposlenimi v zdravstveni negi, ugotavlja, da o varnostnih zapletih najpogosteje poročajo diplomirane medicinske sestre ali diplomirani zdravstveniki (72 %), veliko manj zdravniki (17 %) in pacienti (12 %). Avtor raziskave je prav tako ugotovil, da ima 66 % vseh anketirancev izdelan postopek za notranje poročanje o varnostnih zapletih. Ob tem ima manj kot polovica (48 %) zagotovljeno zaupnost obravnave tega varnostnega zapleta, 61 % anketirancev pa niti ne ve, da bolnišnica vodi anonimni register poročil o varnostnih zapletih.

Zaposleni v zdravstveni negi so pogosto izpostavljeni nasilnemu vedenju pacientov, kar vpliva na njihovo in pacientovo zdravje ter na izvajanje kakovostne ter varne zdravstvene

nege (Jang, et al., 2022). Pri tem se največkrat soočajo z verbalno in fizično obliko nasilnega vedenja pacientov, po pojavnosti pa jima sledita psihična in spolna oblika nasilnega vedenja (Basfr, et al., 2019).

Bregar (2017) trdi, da kljub zavedanju, da je nasilje nad zaposlenimi v zdravstvu v Sloveniji in svetu visoko, kar so ugotovile tudi druge raziskave (Wand, et al., 2015; Ameti, 2015; Wei, et al., 2016; Bojić, et al., 2016; Drori, et al., 2017; Ameti, 2017; Peng, et al., 2018; Lapanja, 2018; Laker, et al., 2019; Prislán, et al., 2019), še vedno ni prave politike na tem področju. Dejstvo je, da še danes ni jasno oblikovanih smernic za zagotavljanje varnosti in usposobljenosti zaposlenih, nasilje kot tako pa je deležno pozornosti šele takrat, ko pride do zelo hudih posledic nasilja. Tako delo s pacientom, ki je nasilen, ostaja rutina slehernega delovnega dne. Bole (2017) piše, da je za rešitev tega problema nujno vključevanje zaposlenih v zdravstveni negi v izobraževanja in usposabljanja, spoznavanje praks upravljanja in razvoja zdravstvenih politik, kar bi privedlo do implementacije ničelne tolerance do nasilja v vseh psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji. Z navedenim se strinjata Oblak in Skela Savič (2017) ter Bregar (2019), pri čemer slednji kot daljnoročni ukrep za rešitev problema priporoča spremembo organizacijske kulture v psihiatričnih kliničnih okoljih, kjer bi bilo treba za obvladovanje pacientov, ki so nasilni, upoštevati na dokazih podprta znanja. Slednja po Schoberjevi in drugih (2020) predstavljajo osnovno usmeritev za opredelitev napredne zdravstvene nege. Ob tem je pomembna tudi sposobnost prevzemanja vodstvenega položaja in kliničnega upravljanja, ki bo temeljijo na oblikovanju možnosti za širjenje in uvajanje novih znanj, ki jih je treba uporabiti za ustrezno opravljanje dela s pacienti, ki se vedejo nasilno, in doseganje varnosti in ostalih ciljev v zdravstveni negi. Z znanjem in poklicnim razvojem povečujemo usposobljenost zaposlenih v zdravstveni negi za delo s pacientom z duševno motnjo in s pacientom z nasilnim vedenjem (Peterka Novak, 2016). Do teh spoznanj sta prišli tudi WHO (2020) in Svet Organizacije združenih narodov za človekove pravice (2017), ki poudarjata pomen kakovostne zdravstvene oskrbe pacientov v varnem in nenasilnem okolju, kjer delujejo zaposleni v zdravstveni negi, ki so za svoje delo usposobljeni.

2 TEORETIČNI DEL

Svetovna zdravstvena organizacija (WHO – World Health Organization) varnost in zdravje pri delu opredeljuje kot multidisciplinarno aktivnost, ki temelji (1) na razvoju in promociji zdravja ter varnosti na delovnem mestu, (2) preprečevanju in kontroli nad nezgodami in boleznimi, (3) izboljšanju fizičnega in psihičnega zdravja zaposlenih v zdravstveni negi (WHO, 2017).

2.1 VARNOST ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI S PODROČJA PSIHIIATRIJE

Varnost in zdravje pri delu je prav tako ustavno opredeljena pravica v Ustavi Republike Slovenije (USRS, 51. člen), ki je konkretizirana v Zakonu o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1, 2011). Na podlagi 5. člena ZVZD-1 (2011) je delodajalec dolžan zagotoviti varnost in zdravje zaposlenih v zvezi z delom. V ta namen se izvajajo ustrezni ukrepi, ki vključujejo preprečevanje nevarnosti in škodljivosti pri delu, redno obveščanje in usposabljanje zaposlenih v zdravstveni negi in vzpostavitev ustrezne organizacije. Pomemben del zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu je upravljanje s tveganji, ki se pojavijo v procesu dela in jih je mogoče s preventivnimi ukrepi ter poznavanjem spreminjajočih se okoliščin omejiti. 17. člen ZVZD-1 (2011) določa, da je delodajalec dolžan pisno oceniti tveganja s t. i. izjavo o varnosti (v nadaljevanju: izjava), s katero določi način in ukrepe za zagotavljanje varnosti in zdravja pri delu. Sestavni del izjave je ocena tveganja, v katerem delodajalec identificira in ovrednoti tveganja na delovnem mestu, predlaga ukrepe za odpravo ali minimizacijo ugotovljenih tveganj, ki so prisotni v procesu dela zaposlenih v zdravstveni negi. Ocena tveganja je orodje, ki delodajalcu pomaga odkriti pomanjkljivosti, če obstoječi preventivni ukrepi varovanja niso zadostni ali niso ustrezni, izboljšati varnost, ko obstajajo možnosti in načini za dopolnitev ocenjevanja, ter odpraviti nepravilnosti, ko se spremenijo podatki, na katerih je ocenjevanje temeljilo. S tem želimo doseči čim manjšo pojavnost nasilja na delovnem mestu zaposlenih v zdravstveni negi.

2.1.1 Ukrepi zagotavljanja varnosti zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije pri obravnavi nasilnega vedenja pacienta na nivoju bolnišnice

Pogosto pomislimo, da je upoštevanje zakonskih predpisov na področju zagotavljanja varnosti in zdravja pri delu skoraj edini način zagotavljanja varnosti zaposlenih v zdravstveni negi. Pa vendarle ni tako. Lovrečič in sodelavci (2019) navajajo, da je treba za zagotavljanje varnosti zaposlenih v zdravstveni negi najprej zagotoviti ustrezne klinične prostore. Priporočljivo je, da so ti primerno osvetljeni, saj lahko zaposleni le tako spremljajo gibanje pacientov, ki so ponoči pogosto budni in se gibljejo zaradi občutka nemira, nespečnosti ali občutka ogroženosti, ki pogosto tudi vodi do nasilnega vedenja. Prav tako je pomemben videz pohištva, ki naj bo preprosto in funkcionalno, daje naj pomirjujoč in organiziran videz.

Zaradi še vedno visoke prevalence nasilnega vedenja pacientov tudi nad zaposlenimi v zdravstveni negi je toliko pomembneje odstraniti varnostne dejavnike tveganja že pred vstopom pacienta v klinično okolje. Nekatere bolnišnice uporabljajo nadzorne kamere, saj tako kontinuirano spremljajo dogajanje v prostorih bolnišnice (Abbe & O'Keeffe, 2021). Poleg tega so se, še posebej v razvitem svetu, v klinično prakso začele uveljavljati osebne kamere (ang. body worn cameras), ki so nameščene na uniforme zaposlenih v zdravstveni negi. Tako snemanje je sicer etično sporno, vendar so raziskovalci ugotovili, da zmanjšuje pojavnost nasilnega vedenja pacientov in posledično poveča varnost zaposlenih v zdravstveni negi. Osebne kamere torej zagotavljajo zaščito in varnost tako zaposlenih v zdravstveni negi kot tudi pacientov samih (Wilson, et al., 2022).

V bolnišnicah se je razširila tudi praksa, da pacient z duševno motnjo, ki vstopa v klinično okolje, vstopi skozi vrata za odkrivanje kovin ali t. i. detektorska vrata. Pri tem je prisoten varnostnik ali policist, ki lahko pacienta preišče še z detektorjem kovin. Ključno je tudi, da imajo izvajalci zdravstvene nege v bližini tudi mobilni varnostni alarm, ki temelji na tehnologiji GPS (Slemon, et al., 2017; Ehn, et al., 2021). Johannessen in sodelavci (2019) dodajajo, da je poleg varnostnih pripomočkov, ki temeljijo na GPS-tehnologiji, smotrna uporaba teleskrbe, saj se zaposleni v zdravstveni negi s pacienti pogovarjajo od daleč, kar pomeni, da ni tesnega fizičnega ali očesnega stiska med obema deležnikoma v procesu

zdravstvene obravnave. To je tudi razlog, da pacient ob nestrinjanju ne more nemudoma napasti (na primer fizično nasilno vedenje) zaposlenega v zdravstveni negi.

Vendar je najpomembnejša trditev avtorjev (Kelly, et al., 2016; Leskovic, 2022; Fouad, et al., 2023), da je zagotavljanje varnega delovnega okolja zaposlenih v zdravstveni negi kontinuiran proces, katerega odgovornost ni le na zaposlenih v zdravstveni negi, temveč tudi na vodstvu, odgovornih za kakovost in varnost v kliničnem okolju, strokovnjakov s področja varnosti itd. Torej gre za kompleksen sistem usklajenega delovanja mnogih strokovnjakov. Pomembno je, da imajo zaposleni v zdravstveni negi navedena znanja in veščine:

- Poznajo in razumejo standarde dela s pacienti, ki so nemirni in pri katerih obstaja večja verjetnost pojava nasilnega vedenja. Poleg tega zaposleni v zdravstveni negi poznajo pacientovo anamnezo, diagnozo in načrt zdravljenja, saj bodo tako tudi predvidevali, kaj lahko sproži pacientovo nasilno vedenje,
- Poznajo tehnike prepoznavanja in umirjanja znakov nasilnega vedenja (deeskalacijske tehnike). Prav tako je pomembno, da so deležni kontinuiranega in celostnega usposabljanja za delo s pacienti z duševno motnjo.
- Ne nosijo kosov oblačila ali dodatkov, ki bi jih pacient lahko uporabil ob pojavu nasilnega vedenja.
- Ostanajo ozaveščeni, obveščeni in se nenehno izobražujejo na področju novih smernic (preprečevanja in obvladovanja nasilnega vedenja, razumevanje bolezenskih stanj v duševnem zdravju pacientov) in tehnologij (na primer telemedicina) za zagotavljanje varnosti na delovnem mestu.

Psihiatrične bolnišnice izboljšujejo sistem zagotavljanja varnosti in organizacije skozi aktivnosti na naslednjih področjih: (1) inovativnost, razvoj in implementacija z na dokazih podprto prakso kot temeljni vidik javnega zdravja in razvoja programov za zmanjševanje nasilnega vedenja pacientov in povečanje varnosti zaposlenih v zdravstveni negi; (2) nenehna tehnična podpora oddelkom v psihiatričnih ustanovah (predvsem oddelkom s posebnim nadzorom, kjer je pojavnost nasilnega vedenja pacientov največja); (3) učinkovito upravljanje varnosti v kliničnem okolju s pomočjo natančnih ukrepov spremljanja, evalvacije in izboljševanja programov; (4) komunikacija z organi in

službami odločanja ter civilno javnostjo; (5) zaveza politike, da bo v prihodnje namenila zadostna finančna sredstva in podporo za izboljšanje sistemsko-organizacijskih rešitev na področju zagotavljanja varnosti zaposlenih v zdravstveni negi (Isaak, et al., 2016; Arotimi, 2019; Jenkin, et al., 2022).

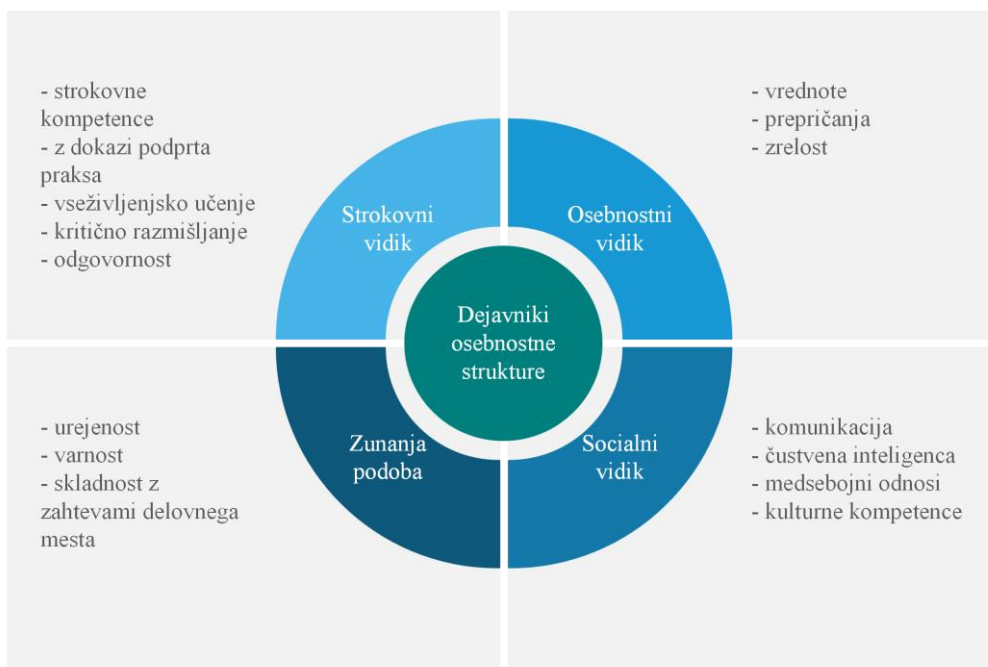
V tujih raziskavah (Lindberg, et al., 2019; Haig & Hallet, 2022) je bilo ugotovljeno, da se psihiatrične bolnišnice, ki imajo oblazinjene sobe (ang. comfort rooms), uspešneje soočajo z zagotavljanjem varnosti zaposlenih v zdravstveni negi. Namen oblazinjene sobe je tudi zavetje pred stresnim okoljem, prepoznavanje lastnih občutkov in lajšanje nelagodja. Pacient sobo uporablja prostovoljno, lahko pa jo uporabljajo tudi zaposleni v zdravstveni negi, saj s tem dajejo pacientom občutek, da to ni prostor, ki je namenjen samo pacientom, temveč je varno zavetje pred različnimi zunanjimi dejavniki, ki lahko negativno vplivajo na terapevtski proces.

2.1.2 Ukrepi za zagotavljanje varnosti kot doprinos zaposlenih v zdravstveni negi na področju psihiatrije

V tujini imajo pri zagotavljanju varnosti zaposlenih v zdravstveni negi pomembno vlogo prav zaposleni v zdravstveni negi, ki pa imajo specialna znanja na področju duševnega zdravja in psihiatrije. Vsi imajo praviloma dokončan magistrski ali doktorski študij, obstajajo pa tudi študijski programi, osredotočeni na zagotavljanje varnosti zaposlenih v zdravstveni negi. Tako usposobljeni in izobraženi zaposleni v psihiatričnih bolnišnicah zagotavljajo storitve in prenos znanja na ostale sodelavce glede na svoje napredno, predvsem pa specialno znanje pri oskrbi pacientov, ki se vedejo nasilno v psihiatričnih bolnišnicah. Poleg tega zaposleni v napredni zdravstveni negi nudijo podporo in si prizadevajo za uvedbo sprememb in inovacij v psihiatričnem kliničnem okolju, usmerjenih v zagotavljanje varnega delovnega okolja, izobražujejo ter usposabljujejo interdisciplinarno osebje. Ključnega pomena je, da so sposobni (samostojno) sprejemati kompleksne odločitve na kliničnem področju svoje specializacije (Schober, et al., 2020).

Za zaposlene na vseh področjih zdravstvene nege je pomembno, da zagovarjajo humanistični pogled na svet, ki v ospredje postavlja pacienta v njegovi enkratnosti in

nezamenljivosti. Pri tem upoštevajo temeljne človekove in pacientove pravice in so socialno pravični – ne glede na osebnostne in socialne posebnosti. Ob tem tudi spoštujejo dostojanstvo vsakega pacienta ter, v okviru njihove lastne avtonomije, ščitijo zdravje in življenje pacienta in drugih ob nastanku nasilnega dogodka. Zaposlene na vseh področjih zdravstvene nege odlikujejo vrednote, kot so: partnersko (timsko) sodelovanje, ljubezen, skrb, spoštovanje, dostojanstvo, avtonomija, zdravje in življenje. Njihove osebnostne značilnosti naj vključujejo dobronamernost, odgovornost, vedoželjnost, kolegialnost, natančnost, potrpežljivost, pogum in poštenost. Ob tem naj bodo tudi osebnostno zreli, kar naj se kaže skozi odgovornost in vestnost pri njihovem delu (tudi pri preprečevanju nasilnega vedenja pacientov) kot tudi primerno samospoštovanje, samozavest, samosprejemanje in uravnoteženo skrb zase in za druge ljudi. Ne nazadnje je ključen socialni vidik, katerega temelj je čustvena inteligenca. Ključne socialne veščine so: ustrezna (asertivna) komunikacija, kulturne kompetence, sposobnost vzpostavljanja empatičnih medsebojnih odnosov s pacienti z duševno motnjo ter sposobnost konstruktivnega timskega sodelovanja (slika 1) (Zbornica-Zveza, 2020).



Slika 1: Dejavniki osebnostne strukture
(Zbornica-Zveza, 2020).

Medpoklicno sodelovanje prinaša svojevrstne izzive in pomembne prednosti varnosti pri delu zaposlenih na vseh področjih zdravstvene nege, a je žal tudi premalo izkoriščen pristop za zmanjševanje nasilnega vedenja pacientov. V Sloveniji je veliko možnosti za izboljšanje medpoklicnega sodelovanja tako med samimi psihiatričnimi bolnišnicami kot tudi med samimi zaposlenimi v zdravstveni negi v/med psihiatričnimi bolnišnicami (Matič, 2019). Deklaracija o duševnem zdravju in človekovih pravicah (Odbor Združenih narodov za človekove pravice, 2017) priznava pomembno vlogo medpoklicnemu sodelovanju pri zagotavljanju varnosti zaposlenih v zdravstveni negi. Ta pravi, da pri obravnavi pacientov sodelujejo strokovnjaki, ki delujejo tako na področju duševnega zdravja in psihiatrije kot na ostalih področjih (na primer predstavniki pravosodnega sistema, nevladnih organizacij, društev itd.). S tem se pacientu nudi celostna oskrba njegovih potreb, kar na koncu rezultira v manjši pojavnosti nasilnega vedenja pacientov. Samo medpoklicno sodelovanje zahteva tudi sistemsko uveljavljanje učinkovitih zdravstvenih politik na državni in lokalni ravni in zagotavljanje finančnih sredstev, ki bodo omogočala kontinuirano vlaganje v izobraževanje in raziskave, s poudarkom na krepitvi medpoklicnega sodelovanja pri prepoznavanju dejavnikov nasilnega vedenja pacientov. S slednjim se strinja tudi Ameti (2019), ki priznava, da je medpoklicno sodelovanje zahtevno, saj zahteva veliko znanja in izkušenj, zato je priporočljivo, da se izvajalci zdravstvene nege v prihodnje več povezujejo in delujejo tudi izven lastne znanstvene discipline. Pa vendar so prednosti medpoklicnega sodelovanja vedno pozitivni vidiki za varnost zaposlenih v zdravstveni negi.

Bregar (2019) trdi, da je zagotavljanje varnosti na delovnem mestu zaposlenih v zdravstveni negi zavestno in preiščeno dejanje. Pri tem misli predvsem na uporabo restriktivnih ukrepov in deeskalacijskih tehnik v psihiatričnem kliničnem in skupnostnem okolju. Avtor (Bregar, 2019) pravi, da imajo zaposleni v zdravstveni negi aktivno in soodgovorno vlogo pri oblikovanju organizacijske kulture in posledično odgovornosti za dinamiko, ki vlada med zdravstvenim osebjem in pacientom. To še posebej velja pri uporabi PVU, pri uporabi katerih se zaposleni v zdravstveni negi vidijo kot osebe, ki so brez vpliva na to, kako se bo celoten proces obvladovanja agresije pacienta začel in končal. T. i. pasivna drža zaposlenih v zdravstveni negi vodi tudi v uporabo najbolj omejujočih ukrepov, kot je PVU, na področju duševnega zdravja in psihiatrije, čeprav naj

bi prav zaposleni v zdravstveni negi praviloma delovali kot proaktivni udeleženci v celotnem procesu klinične obravnave pacienta in prepoznavi znakov nasilnega vedenja. Rezultati raziskave (Bregar, 2019) so nakazali tudi na pogosto uporabo »nelegalne sile«, etično sporne odločitve zaposlenih v zdravstveni negi (provociranje pacientov), oz. na obstoj t. i. »sive cone«. Tako je pacient, z vidika zaposlenih v zdravstveni negi, še vedno smatran kot edini odgovoren dejavnik tveganja za uvedbo PVU. S tem se strinjajo tudi Rodrigues Pereira in sodelavci (2019) ter Paguio in ostali raziskovalci (2020), ki dodajajo, da imajo največji doprinos pri zagotavljanju varnega okolja prav zaposleni v zdravstveni negi sami, zato je pomemben tudi miselni preskok pri kakovostni, celostni in predvsem varni obravnavi pacienta.

2.2 NASILJE NAD ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVENI NEGI S PODROČJA DUŠEVNEGA ZDRAVJA IN PSIHIATRIJE

Nasilje nad zaposlenimi v zdravstveni negi v zadnjih letih je vse prisotnejši pojav na področju duševnega zdravja in psihiatrije. Je resno globalno in organizacijsko vprašanje, ki ga opredelimo kot katerokoli neprimerno nasilno vedenje pacienta, ki vključuje verbalno, fizično in spolno nasilje, usmerjeno v zaposlenega v zdravstveni negi (Soheili, et al., 2016).

2.2.1 Nasilje na delovnem mestu

Nacionalni inštitut za varnost in zdravje pri delu (National Institute for Occupational Safety & Health – NIOSH, 2014) in Tiesman s sodelavci (2022) opredeljujejo nasilje na delovnem mestu kot nasilje v obliki verbalnih nasilnih dejanj, fizičnih napadov, groženj pacientov ali dejanj, ki so ciljno usmerjena (spolni napad, tatvina itd.). Nasilje, ki ga izvajajo pacienti v bolnišničnem okolju, je najpogosteje usmerjeno k zaposlenim v zdravstveni negi. Posledice so seveda lahko različne – vznemirjenost, strah, težje ali lažje telesne poškodbe, psihična travma, stres in izgorelost, ki je pogosto končna posledica spleta predhodno naštetih dejavnikov (NIOSH, 2014; Tiesman, et al., 2022).

Dejavnikov tveganja za pojav nasilnega vedenja pacientov je veliko, med katere najpogosteje prištevamo (Yang, et al., 2018; Niu, et al., 2019; Napoli, et al., 2023):

- kadrovski absentizem – dokazano je, da je v kliničnih okoljih, kjer primanjkuje zaposlenih v zdravstveni negi, tudi več nasilja s strani pacientov;
- dolgo čakanje na zdravstveno obravnavo;
- neustrezno voden terapevtski odnos – zaposleni v zdravstveni negi pacientu ne nudijo pozornosti, podpore in terapevtskih napotkov, zato se ta počuti osamljenega ter neustrezno obravnavanega;
- nizko usposobljenost zaposlenih v zdravstveni negi za delo s pacienti z duševno motnjo;
- pomanjkanje smernic za preprečevanje in obvladovanje nasilnega vedenja pacientov (na primer deeskalacijske tehnike, uporaba naprednih tehnologij, uporaba živali kot način terapije itd.);
- zloraba drog in alkohola s strani pacientov.

Poročilo Psihiatrične bolnišnice Ormož (PBO – Psihiatrična bolnišnica Ormož, 2020) na podlagi pregleda podatkov preteklih let kaže, da je verbalno in fizično nasilje s strani pacientov nad zaposlenimi v zdravstveni negi (t. i. incidentov ali neželenih dogodkov) prisotno. Z verbalnim nasiljem se pri pacientih z duševno motnjo srečujejo skoraj vsakodnevno (obtoževanje, ustrahovanje, grožnje po telefonu). Do fizičnega nasilja prihaja največkrat pri izvajanju posebnih varovalnih ukrepov (v nadaljevanju: PVU), izvajanju aktivnosti zdravstvene nege ter pri aplikaciji intramuskularne terapije. Zaposleni v zdravstveni negi so najpogosteje utrpeli manjše opraskanine, rdečine in bolečine, pri enem je prišlo do zvina zapestja. Število incidentov, ki so jih zabeležili v PBO, je bilo 31 (na 1037 sprejetih pacientov), kar predstavlja viden padec incidentov v zadnjih osmih letih. Padec števila incidentov (5,2 %) je bil zaznan tudi v Psihiatrični bolnišnici Vojnik (PBV – Psihiatrična bolnišnica Vojnik, 2020), kjer so leta 2019 zabeležili 133 (9,33 %) neželenih dogodkov na 1425 sprejetih pacientov. Od 133 neželenih dogodkov se jih je največ zgodilo na oddelku pod posebnim nadzorom za moške, nekoliko manj pa na oddelku pod posebnim nadzorom za ženske. Pri tem je bilo zabeleženih le 35 primerov neželenih dogodkov, kar nakazuje na ugotovitev Černoge in sodelavcev (2015), da zaposleni v zdravstveni negi v večini psihiatričnih bolnišnic

neželene dogodke zabeležijo le v dokumentaciji zdravstvene nege posameznega pacienta, ne pa v poročilu o incidentu. Nedoslednost pri dokumentiranju je lahko posledica neznanja zaposlenih, nespremljanja kazalnikov kakovosti ter pasivnosti vodilnih, katerih naloga je, da analizirajo incidente, predstavijo rezultate zaposlenim in skupaj z njimi izvajajo protokole.

Prislan in sodelavci (2019) so v raziskavi ugotovili, da 89 % vseh anketirancev v zdravstvu poroča o večkratnem nasilju na njihovem delovnem mestu. Najpogosteje nasilje povzročajo pacienti ali obiskovalci, ki največkrat izvajajo verbalno (46 % zaposlenih ima tako izkušnjo več kot 6-krat na leto) in psihično nasilje (55 %), redkejšo so situacije povezane s fizičnim nasiljem (6 % zaposlenih je takih, ki se soočajo s to obliko nasilja več kot 10-krat letno). Najpogostejši občutki anketirancev, ki sledijo nasilnemu dogodku, so strah, ogroženost in negotovost.

Žgavec in Kores Plesničar (2016) ugotavljata, da moški pacienti, v primerjavi z ženskimi, niso nasilnejši do zaposlenih v zdravstveni negi. Predhodna zgodovina nasilnega vedenja je pomemben dejavnik tveganja, ki prispeva k ponovnemu incidentu, zato so PVU optimalna metoda za zagotavljanje varnosti in omejevanje posledic nasilnega vedenja. Ti zagotavljajo varnost zaposlenih v zdravstveni negi, pacientov in ne nazadnje preprečujejo poškodovanje bolnišničnega inventarja. Seveda pa zaposleni v zdravstveni negi ne uporabljajo PVU v vsakem primeru nasilnega vedenja pacientov – največkrat samo takrat, ko je pacient fizično nasilen. Pri tem se pojavi problem, saj zaposleni v zdravstveni negi nasilno vedenje pacientov pogosto sprejemajo kot »del službe« in so prepričanja, da je to neizogibno (Stevenson, et al., 2015). V skladu s to ugotovitvijo so tudi izsledki slovenske raziskave (Ameti, 2017), ki potrjujejo dognanja Stevenson in sodelavcev, ki pravijo, da zaposleni v zdravstveni negi nasilno vedenje pacientov sprejemajo kot »del službe«. Poleg tega avtorica slovenske raziskave ugotavlja, da se najmanj zaposlenih v zdravstveni negi odziva (na primer z uporabo PVU) na nasilno vedenje pacientov, saj to zahteva dodatno administrativno delo, tj. pripravo poročila o incidentu.

Raziskava v Savdski Arabiji (Basfr, et al., 2019) je pokazala, da je nasilje nad medicinskimi sestrami zelo prisotno. Ugotovljeno je bilo, da je 90,3 % medicinskih sester

doživelo nasilje na delovnem mestu, med katerimi je 57,7 % doživelo tako fizično kot tudi verbalno nasilje. Zaposleni so bolj izpostavljeni nasilju v jutranjih (58,4 %) kot v nočnih (42,3 %) izmenah. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi Ridenour in sodelavci (2015), ki dodajajo, da so pacienti z duševnimi motnjami najbolj nasilni med 16. in 18. uro. Basfr in sodelavci (2019) v raziskavi tudi ugotavljajo, da je 57,4 % zaposlenih v zdravstveni negi potrebovalo zdravniško pomoč zaradi nasilja na delovnem mestu, kar je v nasprotju z izsledki poročil v našem prostoru (Psihiatrična bolnišnica Ormož, 2020). Psihiatrična bolnišnica Vojnik (2020), kjer za analizirano leto ni bilo evidentiranih bolniških odsotnosti zaradi incidentov. Nasilje na delovnem mestu najpogosteje vpliva na zaposlene v zdravstveni negi stresno (64,2 %), povzroča tesnobo (53,5 %) ali depresijo (34,2 %); nekatere raziskave so ugotovile, da lahko incidenti na delovnem mestu povzročajo izgorelost (Chemali, et al., 2019), poslabšajo poklicno kakovost življenja (Itzhaki, et al., 2018) in vplivajo na nastanek postravmatske stresne motnje (Olashore, et al., 2018).

Vermeulen in sodelavci (2019) so v kvalitativni raziskavi z metodo intervjuvanja, katere namen je bilo poglobljeno razumevanje razlik v dojetanju nasilnega dogodka s strani pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi, ugotovili, da zaposleni incident sprejemajo veliko resneje kot pacienti. Zanimivo je, da si pacienti nasilni dogodek zapomnijo zelo natančno, nekateri celo priznavajo, da sami dajejo povod za incident, pri čemer pa si zaposleni ne zapomnijo dogodka v popolnosti, saj je nepredviden in se morajo nemudoma odzvati. Pacienti z duševnimi motnjami so povedali, da bi bilo manj nasilnega vedenja, če bi imeli »vsakodnevne dejavnosti« (angl. meaningful daily activities – glasba, šport), bili deležni »človeškega ravnanja« (angl. humane treatment – aplikaciji zdravila ali sprejema v bolnišnično okolje proti volji) in imeli »pravico soodločanja pri izvajanju prisilnih ukrepov« (angl. involvement of patients in decision-making around coercive measures).

2.2.2 Preprečevanje nasilja na delovnem mestu

Lantta in sodelavci (2016) pišejo, da zaposleni v zdravstveni negi lahko z opazovanjem, tolmačenjem znakov in sprožilcev pri pacientih poskušajo predvideti nasilni dogodek in

ga preprečiti. Poleg tega novejšje raziskave (Bašođul, et al., 2018; de Looff, et al., 2018) poudarjajo pomen čustvene inteligence zaposlenih v zdravstveni negi, ki temelji na zavedanju čustev pacientov in lastnih čustev, učenju pacientov, kako naj se sami zavedajo in upravljajo svoja čustva s predhodnim poznavanjem pacientovih osebnih karakteristik in diagnoze. Pri tem je pomembna organiziranost psihiatrične bolnišnice, saj je vključenost pacientov v programe izobraževanj in fizične aktivnosti pomembna.

Novak Grubič in sodelavci (2018) med ukrepe, ki so pomembni za (nadaljnje) preprečevanje nasilnega vedenja pacienta, uvrščajo PVU, ki se lahko izvajajo na naslednje načine:

- Stalni nadzor: vrsta PVU, ki se zaradi same narave lahko izvaja samo na oddelkih pod posebnim nadzorom. Pomeni nenehno varovanje pacienta s strani zaposlenega v zdravstveni negi. Ukrepe se uporablja takrat, ko je pri pacientu zaznana zelo velika verjetnost zapletov (na primer pri pojavnosti hude ali lažje oblike nasilja nad seboj).
- Ograjica ob postelji: namen ograjice ob postelji je preprečitev padcev s postelje. Največkrat je namenjena pacientom – starostnikom oz. telesno oslabeлим.
- Medikamentozni ukrepi: zdravila se največkrat uporabljajo za umiritev nasilnega vedenja pacientov, ki je ogrožajoče za samega pacienta, zaposlene v zdravstveni negi in ostale paciente na oddelku. Gre za zdravila, med katerimi se najpogosteje uporabljajo anksiolitiki in antipsihotiki, ki se uvedejo peroralno ali intramuskularno.
- Diskretni nadzor: oblika obravnave, ki ne posega v prosto gibanje pacienta, temveč pomeni povečano pozornost zaposlenih v zdravstveni negi, ki pacienta spremljajo pri njegovem gibanju v kliničnem ali skupnostnem okolju. Pacient pri tem nima občutka, da je pod nadzorom, saj ima še vedno omogočeno delno zasebnost. Uporaba diskretnega nadzora pride v poštev, ko zaposleni v zdravstveni negi ocenijo, da je nadzor potreben zaradi čimprejšnjega ukrepa ob poslabšanju ali zapletu tj. ob nasilnemu vedenju pacienta.
- Omejitev gibanja znotraj enega prostora – ukrep, katerega namen je ublažitev agresivnosti pacienta z omejitvijo gibanja na manjšem, varnem prostoru. V magistrskem delu smo tudi že omenili t. i. varno sobo na primer.

- Oviranje s pasovi: ukrep se uporabi pri pacientih, ki so zelo nasilni. Zaposleni v zdravstveni negi, priporočljivo je, da to stori pet oseb, oviranje izvedejo s posebnim kompletom pasov. Ukrep izvajajo predhodno usposobljeni zaposleni v zdravstveni negi, ki pasove uporabijo pri pacientih na postelji ali počivalniku. Praviloma zaposleni v zdravstveni negi sočasno z ukrepom oviranja s pasovi izvajajo tudi medikamentozne ukrepe in so pozorni na pacientovo klinično stanje, vedenje in življenjske funkcije. Način nadzora se določi po izvedenem ukrepu na podlagi pacientovega stanja. Pomembno pa je, da pacienta najmanj na štiri ure pregleda zdravnik, ki odredi ukinitvev ukrepa oziroma nadomestitev tega z manj restriktivnim, kar predpisuje tudi Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr, 2008).

Zaposleni v zdravstveni negi pri svojem delu, natančneje pri načrtovanju in izvajanju terapijskega načrta, spoštujejo kulturno in jezikovno raznolikost pacientov v zdravstveni obravnavi. Pri tem se seveda vključijo njihovi svojci oz. skrbniki, vsekakor pa se pacient ne sme počutiti manjvrednega ali užaljenega (Power, et al., 2020). Prav nasprotno – za preprečevanje nasilja na delovnem mestu naj zaposleni pacienta aktivno vključijo v proces zdravljenja in ga usposobijo za samostojno življenje, v katerem se bo počutil tudi varnega (Amiri, et al., 2018). S tem se poveča tudi učinkovitost procesa zdravljenja, iz katerega izvira pacientov občutek zadovoljstva in varnosti, ki sta temelja za njegovo nenasilno vedenje (Goedhart, et al., 2017).

Čelofiga in Koprivšek (2018) poudarjata pomen uporabe deeskalacijskih tehnik pri preprečevanju nasilnega vedenja pacientov. Pri tem naj zaposleni v zdravstveni negi poznajo naslednja znanja, veščine in vrste deeskalacijskih tehnik:

- Komunikacija: v komunikaciji s pacientom, ki bodisi ima bodisi nima znakov nasilnega vedenja, je zelo pomembno, da zaposleni v zdravstveni negi pridobijo zaupanje pacienta in vzpostavijo medsebojno spoštovanje. To se pridobi s poslušanjem, sprejemanjem občutkov in spoštovanjem pacientov kot osebe. Zaposleni v zdravstveni negi naj pri obravnavi pacienta njihovo pozornost usmerijo na njihove pozitivne lastnosti in jih, v primeru ustreznega obnašanja, tudi pohvalijo, jim čestitajo za napredek pri zdravljenju.

- Neverbalne deeskalacijske tehnike: te poleg telesne drže, očesnega stika, kretenj, gestikulacije in obrazne mimike zajemajo tudi celotno komunikacijo, ki jo zaposleni v zdravstveni negi sporočajo s telesom in vedenjem (na primer profesionalno oblačenje, nadišavljenost, uporaba nakita itd.).
- Nadzor nad lastno neverbalno komunikacijo in čustvenimi odzivi – v klinični in skupnostni obravnavi pacienta je ključna umirjenost zaposlenih v zdravstveni negi, čeprav morda čutijo strah, jezo ali občutek ogroženosti zaradi pacientovega ravnanja in morebitnih posledic. Priporoča se umirjeno in globoko dihanje ter ohranitev profesionalnega odnosa, ki ne sme biti pretirano prijateljski in mora biti z določeno mero čustvene distance.
- Verbalne deeskalacijske tehnike: med verbalne deeskalacijske tehnike uvrščamo vzpostavitev verbalnega kontakta, aktivno poslušanje, strinjanje z nestrinjanjem (»se strinjam, vendar ...«), jasna in jedrnata komunikacija, postavitve jasnih meja in pravil, ustrezna izbira vprašanj, prepoznavanje in poimenovanje pacientovih čustev, uporaba humorja, možnost izbire in spodbujanje optimizma in prevzemanje odgovornosti.
- Varni pogoji za deeskalacijo: med te uvrščamo oceno zaposlenih v zdravstveni negi glede ustreznega števila osebja, potrebnega za varno deeskalacijo, velikosti in varnosti prostora, kamor se zaposleni v zdravstveni negi umakne skupaj s pacientom. Pri izvajanju deeskalacije je priporočljivo, da v okolici ni ostalih pacientov.
- Pristopi, ki se jim je najbolje izogniti: prepiranje s pacienti ali kričanje, pretirano kimanje z glavo, uporaba provokativnih in podcenjujočih izjav/vprašanj, laganje, uporaba vprašalnice »zakaj«.

Trenuten odnos organizacij in vodstev zdravstvenih zavodov v zdravstvenem sistemu do ureditev varnostnih razmer na delovnem mestu ni ustrezen, med drugim tudi zaradi pomanjkanja kompetenc za učinkovito soočanje z nasiljem na delovnem mestu. Dejstvo je, da bo treba v prihodnje izvajati več učnih delavnic usposabljanja za zaposlene v zdravstveni negi in sprejeti ustrežnejše organizacijske politike na področju varnosti ter smernice za učinkovito odzivanje na pojave incidentov oz. neželenih dogodkov (Prislan, et al., 2019). S tem dejstvom se strinjajo tudi Sharifi in sodelavci (2020), ki pravijo, da so

prav zato pomembna nenehna izobraževanja zaposlenih v zdravstveni negi, saj ta zmanjšujejo pogostost verbalnega nasilja, strah pred poškodbami je manjši, posledično pa je ocena varnosti zaposlenih na delovnem mestu višja. Avtorji tudi dodajajo, da je za zmanjšanje nasilja na delovnem mestu nujna uporaba ocenjevalne lestvice BVC (Brøset Violence Checklist) in preventivnih protokolov že ob sprejemu pacienta z duševno motnjo v bolnišnično okolje. S tem se strinjata tudi Lipovec in Filej (2019), ki dodajata, da ocenjevalno lestvico BVC uporabljajo v večji meri zaposleni v zdravstveni negi na oddelkih pod posebnim nadzorom kot tisti, ki delajo na odprtih oddelkih. Prav nasprotno pa sta avtorici (Lipovec & Filej, 2019) ugotovili, da zaposleni v zdravstveni negi, ki delajo bodisi na odprtih oddelkih bodisi oddelkih pod posebnim nadzorom, enako uporabljajo deesklacijske tehnike. Gre namreč za osnovno terapevtsko sredstvo in ključno orodje za preprečevanje nasilnega vedenja pacientov, katerega uporaba predstavlja osnovni strokovni standard na področju zdravstvene nege. To dejstvo je zelo pomembno, saj Cranage in Foster (2022) priznavata, da je delo zaposlenih v zdravstveni negi na področju duševnega zdravja in psihiatrije vsakodnevno kompleksno, saj se soočajo z grožnjami, konflikti etičnih vrednot, spreminjajočo se zakonodajo in pritiski svojcev, skrbnikov in družbe same – gre za poklic na področju, ki je nekaterim še vedno tabu tema.

Nasilje med zaposlenimi v zdravstveni negi je izjemno pereč problem in je danes vedno bolj razširjen pojav. Dejavniki, ki pripomorejo k večji pojavnosti nasilnega vedenja pacientov, so starostna kriza, dednost, bolezni, neugodne razmere v družinah pacientov, zloraba psihoaktivnih substanc, občutki manjvrednosti, ekonomska nestabilnost itd. Nasilje je treba dosledno ustavljati, na različne oblike nasilnega vedenja opozarjati in jih preprečevati. Pomembno je, da so družbena sporočila, tudi v obliki smernic in priporočil, jasna in sporočajo ničelno toleranco do nasilja. Magistrsko delo naslavlja priporočila, ki bodo pripomogla k preprečevanju različnih oblik nasilnega vedenja pacientov z duševno motnjo.

3 EMPIRIČNI DEL

V nadaljevanju predstavljamo raziskavo, ki je bila izvedena med vsemi zaposlenimi v zdravstveni negi vseh slovenskih psihiatričnih bolnišnic.

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen magistrskega dela je bil raziskati varnost in oblike nasilnega vedenja nad zaposlenimi v zdravstveni negi slovenskih psihiatričnih bolnišnic. Na podlagi rezultatov raziskovanja smo napisali predloge oz. priporočila za vpeljavo sprememb na področju dela, ozaveščanja in izobraževanja zaposlenih v zdravstveni negi v slovenskih psihiatričnih bolnišnicah.

Cilji raziskave so bili:

- ugotoviti razlike v odnosu do nasilnega vedenja pacientov glede na izbrane sociodemografske dejavnike zaposlenih;
- ugotoviti samooceno varnosti in usposobljenosti zaposlenih v zdravstveni negi v povezavi z nasilnim vedenjem pacientov;
- ugotoviti pomen nasilnega vedenja pacientov na občutke in delo zaposlenih v zdravstveni negi;
- prepoznati najpogostejše dejavnike tveganja za nasilno vedenje pacientov in vrste napada pri incidentu.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE

V magistrskem delu smo preverili naslednje hipoteze:

Hipoteza 1: Višja stopnja izobrazbe zaposlenih v zdravstveni negi je povezana z višjo samooceno varnosti.

Hipoteza 2: Višja stopnja izobrazbe zaposlenih v zdravstveni negi je povezana z višjo samooceno usposobljenosti za delo s pacienti, ki se vedejo nasilno.

Hipoteza 3: Višje število let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi je povezano z manjšim pojavom:

H 3.1: verbalne oblike nasilnega vedenja pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi,

H 3.2: fizične oblike nasilnega vedenja pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi,

H 3.3: spolnega nasilnega vedenja pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi.

Hipoteza 4: Moški zaposleni v zdravstveni negi se pogosteje srečujejo z različnimi oblikami nasilnega vedenja pacientov kot ženske.

H 4.1: Moški se pogosteje srečujejo z verbalno obliko nasilnega vedenja pacientov kot ženske.

H 4.2: Moški se pogosteje srečujejo s fizično obliko nasilnega vedenja pacientov kot ženske.

H 4.3: Moški se pogosteje srečujejo s spolnim nasilnim vedenjem pacientov kot ženske.

Hipoteza 5: Nižja ocena varnosti je povezana z večjim občutkom ogroženosti zaposlenih v zdravstveni negi.

Hipoteza 6: Višja ocena usposobljenosti je povezana z manjšim občutkom ogroženosti zaposlenih v zdravstveni negi.

Hipoteza 7: Večje število negativnih občutkov zaposlenih v zdravstveni negi je povezano s pogostostjo soočanja s/z:

H 7.1: verbalno obliko nasilnega vedenja pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi,

H 7.2: fizično obliko nasilnega vedenja pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi,

H 7.3: spolnim nasilnim vedenjem pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi.

Hipoteza 8: Nižja stopnja soočanja z nasilnim vedenjem pacientom je povezana z višjo samooceno varnosti in usposobljenosti zaposlenih v zdravstveni negi.

3.3 METODE RAZISKOVANJA

Uporabljena je bila neeksperimentalno-eksplorativno-kvantitativna metoda raziskovanja. Izvedli smo presečno raziskavo, ki je neeksperimentalna oziroma opazovalna raziskava, s katero raziščemo pogostost in lastnosti pojavov v izbranem trenutku (Zaletel-Kragelj & Premik, 2018; Polit & Beck, 2018). Eksplorativna metoda raziskovanja je opredeljena kot metoda raziskovanja, katere namen je pridobiti vpogled v slabo razumljene koncepte in s tem zagotoviti kakovostno podlago za nadaljnje raziskave (Cooper & Schindler, 2013). Slednja se pogosto izvaja v obliki kvantitativnih metod – postopek zbiranja in analiziranja številčnih podatkov (Williamson & Johanson, 2018), ki se izvaja bodisi eksperimentalno (laboratorij, v naravi) bodisi neeksperimentalno (anketni vprašalniki, intervjuvanje, opazovanje, študije primera) (Selič & Križanec, 2017).

3.3.1 Dizajn raziskave

V teoretičnem delu magistrskega dela smo uporabili deskriptivno metodo dela s sistematičnim pregledom literature. Pregledali smo domačo in tujo literaturo s področja varnosti in nasilja v zdravstveni negi s področja psihiatrije. Pregled literature smo naredili v naslednjih podatkovnih bazah: PubMed, Google Scholar (Učenjak), COBISS.SI in Web of Science. Iskanje smo omejili na objave v strokovnih in znanstvenih revijah, ki so bile objavljene med letoma 2015 in 2022. Pri iskanju smo uporabili Boolov operator IN oz. AND. Ključne besede v slovenskem jeziku so bile »nasilje«, »varnost«, »zdravstvena nega«, »psihiatrija« in v angleškem jeziku »violence«, »safety«, »healthcare« in »psychiatry«. Pri pregledu literature smo upoštevali relevantnost in polno dostopnost do besedila. Pregled literature je potekal med junijem in oktobrom 2022.

V empiričnem delu magistrskega dela smo pridobili podatke s strukturiranim vprašalnikom.

3.3.2 Instrument raziskave

Vprašalnik je vseboval tri vsebinsko ločene sklope vprašanj. Sklop A je bil namenjen pridobivanju demografskih podatkov: spol, starost, formalna izobrazba, število let delovnih izkušenj na področju zdravstvene nege na področju psihiatrije in tip oddelka. Vprašanja so bila bodisi zaprtega tipa bodisi odprtega tipa. Zaprtega tipa so bila vprašanja, povezana s spolom, izobrazbo in tipom oddelka, odprtega tipa pa sta bili vprašanja, povezani s starostjo in številom delovnih izkušenj na področju psihiatrije.

Sklop B je bil standardiziran vprašalnik o pogostosti nasilnega vedenja pacientov – lestvica zaznavanja razširjenosti agresije (Perceptions of Prevalence of Aggression Scale – POPAS) (Oud, 2000). Ta sklop je bil zaprtega tipa. Anketiranci so označili pogostost soočenja z vsako od naštetih šestnajstih (16) oblik nasilja. Na lestvici odgovorov je »nikoli« pomenil, da se anketiranci niso srečali s pojavom nasilnega vedenja pacientov v preteklem letu, »redko« je pomenilo, da so se soočili 1- do 3-krat, »občasno« 4- do 8-krat, »pogosto« 9- do 15- krat, »zelo pogosto« je pomenilo, da so se s pojavim nasilnega vedenja soočili več kot 16-krat. Lestvico smo sestavili na podlagi merskih instrumentov več raziskav (Magnavita, 2014; Černoga, et al., 2015; Melnyk, et al., 2016), in sicer tako, da smo avtorji raziskave vrednosti objektivizirali, saj so bile predhodno vrednosti v POPAS vprašalniku le »nikoli«, »redko«, »občasno«, »pogosto« in »zelo pogosto«. V Sloveniji je bil POPAS že večkrat uporabljen. Ugotovljena je bila visoka zanesljivost – vrednost koeficienta Cronbach alfa je bila pri Ameti (2015) 0,903, pri Ključanin (2015) 0,905 ter pri Bojiću in sodelavcih (2016) 0,904. Slednji so s faktorsko analizo zmanjšali šestnajst oblik nasilja v manjše število faktorjev oziroma spremenljivk. V naši raziskavi, ki smo jo izvedli v vseh slovenskih psihiatričnih bolnišnicah, je bila vrednost koeficienta Cronbach alfa 0,933, kar pomeni visoko zanesljivost.

Sklop C je bil sestavljen na podlagi do sedaj pregledane literature (Vohar, 2011; Magnavita, 2014; Ridenour, et al., 2015; Stevenson, et al., 2015). Meril je zaznavanje nasilnega vedenja pacientov s strani zaposlenih v zdravstveni negi, kar je vključevalo: načine pacientovega nasilnega izražanja nestrinjanja, situacije v kliničnem okolju, ko se pacienti najpogosteje vedejo nasilno, samooceno varnosti in usposobljenosti zaposlenih

v zdravstveni negi, povezanost med nasilnim vedenjem zoper zaposlene v zdravstveni negi in občutke, ki jih ob pri tem spremljajo. Skupaj je bilo v tem sklopu sedem vprašanj kombiniranega tipa, pri dveh vprašanjih pa so anketiranci bili naprošeni, da se opredelijo na Likertovi ocenjevalni lestvici stališč: 1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – deloma se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

3.3.3 Udeleženci raziskave

Vzorec raziskave je bil namenski in predstavljali so ga zaposleni v zdravstveni negi vseh slovenskih psihiatričnih bolnišnic: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Univerzitetni klinični center Maribor (Oddelek za psihiatrijo), Psihiatrična bolnišnica Idrija, Psihiatrična bolnišnica Ormož, Psihiatrična bolnišnica Begunje in Psihiatrična bolnišnica Vojnik. V raziskavo smo vključili vse zaposlene v zdravstveni negi, ne glede na izobrazbeno stopnjo. Na podlagi letnih poročil (Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, 2018; Univerzitetni klinični center Maribor, 2018; Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2018; PBO, 2018; Psihiatrična bolnišnica Begunje, 2018; PBV, 2018) je bilo v omenjenih psihiatričnih bolnišnicah število zaposlenih 677.

Skupaj smo razdelili 677 vprašalnikov, od tega je bilo vrnjenih 305 vprašalnikov (45 %). V raziskavi je sodelovalo 199 žensk (65,7 %) in 103 moški (34,3 %). Največ izvajalcev zdravstvene nege je bilo starih med 40 in 49 let ($n = 92$, 30,4 %), najmanj pa 60 let in več ($n = 3$, 1,0 %). V raziskavi je sodelovalo najmanj doktorandov ($n = 1$, 0,3 %), sledijo ji/mu zaposleni v zdravstveni negi z univerzitetno izobrazbo oz. magisterijem ($n = 19$, 6,3 %), višje- ali visokošolsko izobrazbo ($n = 95$, 31,4 %). Največ je anketirancev s srednješolsko izobrazbo ($n = 188$, 62,0 %). Iz tabele 1 je razvidno tudi, da ima največ zaposlenih v zdravstveni negi od enega do deset let delovnih izkušenj na področju zdravstvene nege v psihiatriji ($n = 108$, 35,6 %).

Tabela 1: Demografski podatki

| Vzorec | | n | % |
|--|------------------------------|-----|-------|
| Spol | Moški | 103 | 34,3 |
| | Ženski | 199 | 65,7 |
| | Skupaj | 302 | 100,0 |
| Starost | 20–29 let | 59 | 19,5 |
| | 30–39 let | 91 | 30,0 |
| | 40–49 let | 92 | 30,4 |
| | 50–59 let | 58 | 19,1 |
| | 60 let in več | 3 | 1,0 |
| | Skupaj | 303 | 100,0 |
| Stopnja izobrazbe zaposlenih v zdravstveni negi | Srednješolska | 188 | 62,0 |
| | Višje- ali visokošolska | 95 | 31,4 |
| | Univerzitetna ali magisterij | 19 | 6,3 |
| | Doktorat | 1 | 0,3 |
| | Skupaj | 303 | 100,0 |
| Število let praktičnih izkušenj na področju zdravstvene nege v psihiatriji | Manj kot eno leto | 3 | 1,0 |
| | 1–10 let | 108 | 35,4 |
| | 11–20 let | 92 | 30,2 |
| | 21–30 let | 68 | 22,2 |
| | 31–40 let | 34 | 11,1 |
| | Skupaj | 303 | 100,0 |

Legenda: n = število, % = odstotek

3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Za namen izvedbe raziskave smo pridobili dovoljenje s strani vodstva psihiatričnih bolnišnic. Vodstvo smo povabili k sodelovanju in jih obenem seznanili z namenom in cilji raziskave. Če so vodstva psihiatričnih bolnišnic želela ustno predstavitev raziskave, smo se odzvali in jim vprašalnike, ko so se odločili sodelovati, razdelili na lokaciji med ustno predstavitvijo. Prošnje za pridobitev dovoljenj smo poslali v tiskani in elektronski obliki. V nadaljevanju so bili vprašalniki s specifičnimi navodili poslani pomočnikom direktorjev za področje zdravstvene nege, ti pa so jih razdelili med zaposlene. Če je bilo s strani psihiatričnih bolnišnic bodisi premalo odgovorov, smo pomočnike direktorjev za področje zdravstvene nege večkrat prijazno pozvali k odzivu – najprej z elektronskim sporočilom, kasneje pa še s telefonskim pogovorom.

Anketiranci so pri reševanju sodelovali prostovoljno in anonimno. Vsi pridobljeni podatki so varovani. Anketirancem smo zagotovili pravico do neškodovanja, pravico do polne pojasnitve, pravico do samoodločbe, pravico do zasebnosti, anonimnosti in zaupnosti.

Upoštevana so bila načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Raziskava je bila izvedena med januarjem 2018 in novembrom 2020.

Pred prvo uporabo vprašalnika smo v letu 2014 preverili razumljivost vprašanj. Izvedena je bila pilotna študija, v katero je bilo vključenih petnajst zaposlenih v zdravstveni negi na Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana (srednje medicinske sestre, zdravstveni tehniki in diplomirane medicinske sestre). Dodatnih vsebinskih pripomb nismo prejeli.

3.3.5 Obdelave podatkov

Za splošni pregled analiziranih podatkov smo uporabili opisno statistiko, frekvence (n), odstotke (%), srednje vrednosti (PV), standardni odklon (SO), maksimum (Max), minimum (Min) in izdelali osnovne vrtilne tabele s pomočjo orodja PowerPivot. Opisno statistiko smo opravili s pomočjo računalniškega programa MS Excel. Povezanost med spremenljivkami smo preverjali s Pearsonovim koeficientom korelacije. Za razlike med skupinami smo uporabili parametrični statistični test t-test (t). Statistična značilnost je bila upoštevana pri $p < 0,05$. Podatki smo analizirani s programom SPSS, verzija 29.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

V poglavju Raziskovalne hipoteze smo se seznanili s postavljenimi hipotezami. Te se nanašajo na vrste nasilnega vedenja (verbalno, telesno in spolno), pri čemer smo posamezne oblike nasilnega vedenja razvrstili na podlagi pregleda literature (Lovrečič, et al., 2019; Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2010). Razporeditev posameznih oblik nasilnega vedenja v vrste je predstavljena v tabeli 2.

Tabela 2: Razporeditev oblik nasilnega vedenja po vrstah nasilnega vedenja pacientov

| Vrsta nasilnega vedenja | Oblika nasilnega vedenja |
|-------------------------|----------------------------------|
| Verbalno nasilje | Besedno nasilje |
| | Besedne grožnje |
| | Ponižujoče nasilno vedenje |
| | Izzivalno nasilno vedenje |
| | Pasivno nasilno vedenje |
| | Razdvajajoče nasilno vedenje |
| Fizično nasilje | Ogrožajoče telesno nasilje |
| | Destruktivno nasilno vedenje |
| | Blago telesno nasilje |
| | Hudo telesno nasilje |
| | Lažja oblika nasilja nad seboj |
| | Hujša oblika nasilja nad seboj |
| | Poskus samomora |
| | Uspešen samomor |
| Spolno nasilje | Spolno ustrahovanje/nadlegovanje |
| | Spolni napad/posilstvo |

3.4 REZULTATI

Zaposleni v zdravstveni negi so se največkrat soočili z besednim nasiljem (PV = 3,67; SO = 1,05), pasivno-nasilnim vedenjem (PV = 3,07; SO = 1,11) in besednimi grožnjami (PV = 2,73; SO = 1,25) pacienta. Najmanjkrat so se zaposleni v zdravstveni negi soočili z uspešnim samomorom (PV = 1,21; SO = 1,15), hudim telesnim nasiljem pacienta (PV = 1,51; SO = 0,91) in spolnim napadom oz. posilstvom (PV = 1,67; SO = 0,69) (tabela 3).

Tabela 3: Opisna statistika za pogostost nasilnega vedenja po posameznih oblikah nasilnega vedenja

| Oblika nasilnega vedenja | n | Min | Max | PV | SO |
|------------------------------|-----|-----|-----|------|------|
| Besedno nasilje | 305 | 1 | 5 | 3,67 | 1,05 |
| Besedne grožnje | 305 | 1 | 5 | 2,73 | 1,25 |
| Ponižujoče nasilno vedenje | 305 | 1 | 5 | 2,65 | 1,18 |
| Izzivalno nasilno vedenje | 305 | 1 | 5 | 2,56 | 1,20 |
| Pasivno-nasilno vedenje | 305 | 1 | 5 | 3,07 | 1,11 |
| Razdvajajoče nasilno vedenje | 305 | 1 | 5 | 2,60 | 1,27 |
| Ogrožajoče telesno nasilje | 305 | 1 | 5 | 2,50 | 1,09 |
| Destruktivno nasilno vedenje | 305 | 1 | 5 | 2,33 | 1,11 |
| Blago telesno nasilje | 305 | 1 | 5 | 2,49 | 1,21 |
| Hudo telesno nasilje | 305 | 1 | 5 | 1,51 | 0,91 |

| Oblika nasilnega vedenja | n | Min | Max | PV | SO |
|----------------------------------|-----|-----|-----|------|------|
| Lažja oblika nasilja nad seboj | 305 | 1 | 5 | 2,58 | 1,09 |
| Hujša oblika nasilja nad seboj | 305 | 1 | 5 | 2,07 | 1,16 |
| Poskus samomora | 305 | 1 | 5 | 2,03 | 1,27 |
| Uspešen samomor | 305 | 1 | 5 | 1,21 | 1,15 |
| Spolno ustrahovanje/nadlegovanje | 305 | 1 | 4 | 1,87 | 1,03 |
| Spolni napad/posilstvo | 305 | 1 | 4 | 1,67 | 0,69 |

Legenda: n = število, Min = minimum, Max = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, 1 = nikoli, 2 = redko, 3 = občasno, 4 = pogosto, 5 = zelo pogosto

Zaposleni zdravstvene nege varnost na delovnem mestu ocenjujejo kot dobro (PV = 3,48; SO = 1,11). Najvišjo samooceno varnosti imajo zaposleni v zdravstveni negi z višje- ali visokošolsko izobrazbo (PV = 3,66; SO = 1,09), medtem ko imajo najnižjo zaposleni s srednješolsko izobrazbo (PV = 3,41; SO = 1,03) (tabela 4).

Tabela 4: Ocena varnosti pri svojem delu zaposlenih v zdravstveni negi po doseženi stopnji izobrazbe

| | Stopnja izobrazbe | n | Min | Max | PV | SO |
|--------------------|--|-----|-----|-----|------|------|
| Samoocena varnosti | Srednješolska | 188 | 1 | 5 | 3,41 | 1,03 |
| | Višje- ali visokošolska | 95 | 1 | 5 | 3,66 | 1,09 |
| | Univerzitetna, magisterij ali doktorat | 20 | 1 | 3 | 3,55 | 1,00 |
| | Skupaj | 305 | 1 | 5 | 3,48 | 1,11 |

Legenda: n = število, Min = minimum, Max = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, 1 = sploh se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = se niti strinjam, niti ne strinjam, 4 = se deloma strinjam, 5 = se popolnoma strinjam

Zaposleni v zdravstveni negi nekoliko slabše ocenjujejo lastno usposobljenost za delo s pacienti, ki se vedejo nasilno (PV = 3,38), če vzamemo v obzir oceno varnosti. Opaziti je tudi višji standardni odklon (SO = 1,23), kar nakazuje na manjšo enotnost pri odgovarjanju. Ocena usposobljenosti je pri zaposlenih v zdravstveni negi, ki imajo srednješolsko izobrazbo, najvišja (PV = 3,53; SO = 1,18) v primerjavi z ostalimi anketiranimi glede na stopnjo izobrazbe (Tabela 5).

Tabela 5: Samoocena usposobljenosti za delo s pacienti, ki se vedejo nasilno, s strani zaposlenih v zdravstveni negi po doseženi stopnji izobrazbe

| | Stopnja izobrazbe | n | Min | Max | PV | SO |
|---------------------------|--|-----|-----|-----|------|------|
| Samoocena usposobljenosti | Srednješolska | 188 | 1 | 5 | 3,53 | 1,18 |
| | Višje- ali visokošolska | 95 | 1 | 5 | 3,22 | 1,11 |
| | Univerzitetna, magisterij ali doktorat | 20 | 1 | 4 | 3,32 | 1,00 |
| | Skupaj | 305 | 1 | 5 | 3,38 | 1,23 |

Legenda: n = število, Min = minimum, Max = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, 1 = sploh se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = se niti strinjam, niti ne strinjam, 4 = se deloma strinjam, 5 = se popolnoma strinjam

Tabela 6 prikazuje, da je pri verbalnem nasilju največ besednega nasilja (PV = 3,67; SO = 1,05) in besednih groženj (PV = 2,73; SO = 1,25), čemur pritrjuje tudi visoko povprečje besednega nasilja zaposlenih v zdravstveni negi, ki imajo od enega do deset let delovnih izkušenj (PV = 3,92; SO = 1,02 in PV = 3,06; SO = 1,28 vsaka). Pri telesnem nasilju prevladujeta blago telesno nasilje (PV = 2,50; SO = 1,09) in ogrožajoče telesno nasilje (PV = 2,49; SO = 1,21). Pri spolnem nasilju prevladuje spolno ustrahovanje/nadlegovanje (PV = 1,87; SO = 1,03) pred spolnim napadom/posilstvom (PV = 1,17; SO = 0,69).

Tabela 6: Pojavnost nasilnega vedenja med pacienti in nad zaposlenimi v zdravstveni negi

| Vrsta nasilnega vedenja | Oblika nasilnega vedenja | Število let delovnih izkušenj | n | Min | Max | PV | SO |
|-------------------------|----------------------------|-------------------------------|-----|-----|-----|------|------|
| Verbalno nasilje | Besedno nasilje | 1–10 let | 108 | 1 | 5 | 3,92 | 1,02 |
| | | 11–20 let | 92 | 2 | 5 | 3,86 | 0,98 |
| | | 21–30 let | 68 | 1 | 5 | 3,44 | 1,03 |
| | | 31–40 let | 34 | 2 | 5 | 2,91 | 0,90 |
| | | Skupaj | 302 | 1 | 5 | 3,67 | 1,05 |
| | Besedne grožnje | 1–10 let | 108 | 1 | 5 | 3,06 | 1,28 |
| | | 11–20 let | 92 | 1 | 5 | 2,84 | 1,22 |
| | | 21–30 let | 68 | 1 | 5 | 2,51 | 1,24 |
| | | 31–40 let | 34 | 1 | 3 | 1,94 | 0,78 |
| | | Skupaj | 302 | 1 | 5 | 2,73 | 1,25 |
| | Ponižujoče nasilno vedenje | 1–10 let | 108 | 1 | 5 | 2,87 | 1,15 |
| | | 11–20 let | 92 | 1 | 5 | 2,72 | 1,20 |
| | | 21–30 let | 68 | 1 | 5 | 2,59 | 1,22 |
| | | 31–40 let | 34 | 1 | 4 | 1,94 | 0,85 |
| | | Skupaj | 302 | 1 | 5 | 2,64 | 1,18 |
| | Izzivalno nasilno vedenje | 1–10 let | 108 | 1 | 5 | 2,69 | 1,23 |
| | | 11–20 let | 92 | 1 | 5 | 2,71 | 1,21 |
| | | 21–30 let | 68 | 1 | 5 | 2,53 | 1,17 |
| | | 31–40 let | 34 | 1 | 4 | 1,94 | 0,81 |

| Vrsta nasilnega vedenja | Oblika nasilnega vedenja | Število let delovnih izkušenj | n | Min | Max | PV | SO |
|-------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----|-----|------|------|------|
| | Pasivno-nasilno vedenje | Skupaj | 302 | 1 | 5 | 2,56 | 1,20 |
| | | 1–10 let | 108 | 1 | 5 | 3,11 | 1,05 |
| | | 11–20 let | 92 | 1 | 5 | 3,16 | 1,16 |
| | | 21–30 let | 68 | 1 | 5 | 3,10 | 1,05 |
| | | 31–40 let | 34 | 1 | 5 | 2,79 | 1,01 |
| | Razdvajajoče nasilno vedenje | Skupaj | 302 | 1 | 5 | 3,07 | 1,11 |
| | | 1–10 let | 108 | 1 | 5 | 2,66 | 1,40 |
| | | 11–20 let | 92 | 1 | 5 | 2,73 | 1,27 |
| | | 21–30 let | 68 | 1 | 5 | 2,60 | 1,24 |
| | | 31–40 let | 34 | 1 | 4 | 2,12 | 0,84 |
| | Ogrožajoče telesno nasilje | Skupaj | 302 | 1 | 5 | 2,60 | 1,27 |
| | | 1–10 let | 108 | 1 | 5 | 2,70 | 1,04 |
| | | 11–20 let | 92 | 1 | 5 | 2,50 | 1,05 |
| | | 21–30 let | 68 | 1 | 5 | 2,60 | 1,24 |
| | | 31–40 let | 34 | 1 | 3 | 1,76 | 0,74 |
| | Destruktivno nasilno vedenje | Skupaj | 302 | 1 | 5 | 2,50 | 1,09 |
| | | 1–10 let | 108 | 1 | 5 | 2,56 | 1,11 |
| | | 11–20 let | 92 | 1 | 5 | 2,28 | 1,06 |
| | | 21–30 let | 68 | 1 | 5 | 2,41 | 1,21 |
| | | 31–40 let | 34 | 1 | 3 | 1,68 | 0,77 |
| Telesno nasilje | Blago telesno nasilje | Skupaj | 302 | 1 | 5 | 2,33 | 1,12 |
| | | 1–10 let | 108 | 1 | 5 | 2,86 | 1,16 |
| | | 11–20 let | 92 | 1 | 5 | 2,40 | 1,16 |
| | | 21–30 let | 68 | 1 | 5 | 2,49 | 1,32 |
| | | 31–40 let | 34 | 1 | 4 | 1,65 | 0,85 |
| | Hudo telesno nasilje | Skupaj | 302 | 1 | 5 | 2,49 | 1,21 |
| | | 1–10 let | 108 | 1 | 4 | 1,64 | 0,99 |
| | | 11–20 let | 92 | 1 | 4 | 1,45 | 0,93 |
| | | 21–30 let | 68 | 1 | 5 | 1,57 | 0,90 |
| | | 31–40 let | 34 | 1 | 3 | 1,21 | 0,48 |
| Telesno nasilje | Lažja oblika nasilja nad seboj | Skupaj | 302 | 1 | 5 | 1,51 | 0,91 |
| | | 1–10 let | 108 | 1 | 5 | 2,80 | 1,05 |
| | | 11–20 let | 92 | 1 | 5 | 2,55 | 1,06 |
| | | 21–30 let | 68 | 1 | 5 | 2,57 | 1,12 |
| | | 31–40 let | 34 | 1 | 5 | 2,06 | 1,01 |
| | Hujša oblika nasilja nad seboj | Skupaj | 302 | 1 | 5 | 2,58 | 1,09 |
| | | 1–10 let | 108 | 1 | 5 | 2,19 | 1,22 |
| | | 11–20 let | 92 | 1 | 5 | 2,03 | 1,02 |
| | | 21–30 let | 68 | 1 | 5 | 2,22 | 1,20 |
| | | 31–40 let | 34 | 1 | 3 | 1,68 | 0,77 |
| Poskus samomora | Skupaj | 302 | 1 | 5 | 2,07 | 1,16 | |
| | 1–10 let | 108 | 1 | 5 | 2,16 | 1,39 | |
| | 11–20 let | 92 | 1 | 5 | 1,88 | 1,04 | |
| | 21–30 let | 68 | 1 | 5 | 2,34 | 1,38 | |
| | 31–40 let | 34 | 1 | 3 | 1,62 | 0,65 | |
| Uspešen samomor | Skupaj | 302 | 1 | 5 | 2,03 | 1,27 | |
| | 1–10 let | 108 | 1 | 5 | 1,19 | 1,25 | |
| | 11–20 let | 92 | 1 | 5 | 1,25 | 1,02 | |
| | 21–30 let | 68 | 1 | 5 | 1,43 | 1,14 | |
| | 31–40 let | 34 | 1 | 2 | 0,91 | 0,90 | |
| | | Skupaj | 302 | 1 | 5 | 1,21 | 1,15 |
| | | 1–10 let | 108 | 1 | 4 | 2,05 | 1,10 |

| Vrsta nasilnega vedenja | Oblika nasilnega vedenja | Število let delovnih izkušenj | n | Min | Max | PV | SO |
|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----|-----|-----|------|------|
| Spolno nasilje | Spolno ustrahovanje /nadlegovanje | 11–20 let | 92 | 1 | 4 | 1,84 | 0,98 |
| | | 21–30 let | 68 | 1 | 4 | 1,88 | 0,95 |
| | | 31–40 let | 34 | 1 | 3 | 1,56 | 0,66 |
| | | Skupaj | 302 | 1 | 4 | 1,87 | 1,03 |
| | Spolni napad/posilstvo | 1–10 let | 108 | 1 | 4 | 1,31 | 0,83 |
| | | 11–20 let | 92 | 1 | 4 | 1,16 | 0,63 |
| | | 21–30 let | 68 | 1 | 3 | 1,04 | 0,44 |
| | | 31–40 let | 34 | 1 | 3 | 1,12 | 0,41 |
| | | Skupaj | 302 | 1 | 4 | 1,17 | 0,69 |

Legenda: n = število, Min = minimum, Max = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, r = Pearsonov koeficient korelacije, p = vrednost statistične značilnosti, 1 = nikoli, 2 = redko, 3 = občasno, 4 = pogosto, 5 = zelo pogosto

Če pogledamo statistično pomembne razlike pri soočanju z različnimi oblikami nasilja, potem v tabeli 7 zaključimo, da se moški pogosteje soočajo z vsemi oblikami verbalnega nasilja in z nekaterimi oblikami telesnega nasilja (tabela 7).

Tabela 7: Pojavnost nasilnega vedenja med pacienti in nad zaposlenimi v zdravstveni negi glede na spol zaposlenih v zdravstveni negi

| Vrsta nasilnega vedenja | Oblika nasilnega vedenja | Spol | n | Min | Max | PV | SO | t (p) | |
|--------------------------------|------------------------------|----------------------------|--------|-----|------|------|---------|---------|---------|
| Verbalno nasilje | Besedno nasilje | Moški | 103 | 1 | 5 | 3,88 | 1,08 | 2,62 | |
| | | Ženski | 198 | 1 | 5 | 3,55 | 1,02 | (0,009) | |
| | Besedne grožnje | Moški | 103 | 1 | 5 | 3,05 | 1,24 | 3,22 | |
| | | Ženski | 198 | 1 | 5 | 2,57 | 1,22 | (0,001) | |
| | Ponižujoče nasilno vedenje | Moški | 103 | 1 | 5 | 2,91 | 1,19 | 2,87 | |
| | | Ženski | 198 | 1 | 5 | 2,51 | 1,15 | (0,004) | |
| | Izzivalno nasilno vedenje | Moški | 103 | 1 | 5 | 2,83 | 1,23 | 2,80 | |
| | | Ženski | 198 | 1 | 5 | 2,43 | 1,14 | (0,005) | |
| | Pasivno-nasilno vedenje | Moški | 103 | 1 | 5 | 3,31 | 1,03 | 2,70 | |
| | | Ženski | 198 | 1 | 5 | 2,95 | 1,09 | (0,007) | |
| | Razdvajajoče nasilno vedenje | Moški | 103 | 1 | 5 | 2,84 | 1,33 | 2,40 | |
| | | Ženski | 198 | 1 | 5 | 2,47 | 1,22 | (0,017) | |
| | Telesno nasilje | Ogrožajoče telesno nasilje | Moški | 103 | 1 | 5 | 2,71 | 1,05 | 2,32 |
| | | | Ženski | 198 | 1 | 5 | 2,41 | 1,10 | (0,021) |
| Destruktivno nasilno vedenje | | Moški | 103 | 1 | 5 | 2,53 | 1,07 | 2,17 | |
| | | Ženski | 198 | 1 | 5 | 2,23 | 1,12 | (0,031) | |
| Blago telesno nasilje | | Moški | 103 | 1 | 5 | 2,72 | 1,22 | 2,33 | |
| | | Ženski | 198 | 1 | 5 | 2,38 | 1,20 | (0,020) | |
| Hudo telesno nasilje | | Moški | 103 | 1 | 5 | 1,69 | 1,03 | 2,38 | |
| | | Ženski | 198 | 1 | 4 | 1,43 | 0,84 | (0,018) | |
| Lažja oblika nasilja nad seboj | | Moški | 103 | 1 | 5 | 2,74 | 1,01 | 1,70 | |
| | | Ženski | 198 | 1 | 5 | 2,52 | 1,10 | (0,090) | |
| Hujša oblika nasilja nad seboj | Moški | 103 | 1 | 5 | 2,12 | 1,02 | 0,454 | | |
| | Ženski | 198 | 1 | 5 | 2,06 | 1,16 | (0,650) | | |
| Poskus samomora | Moški | 103 | 1 | 5 | 2,01 | 1,26 | -0,271 | | |
| | Ženski | 198 | 1 | 5 | 2,06 | 1,22 | (0,786) | | |

| Vrsta nasilnega vedenja | Oblika nasilnega vedenja | Spol | n | Min | Max | PV | SO | t (p) |
|-------------------------|-----------------------------------|--------|-----|-----|-----|------|------|------------------|
| | Uspešen samomor | Moški | 103 | 1 | 5 | 1,11 | 1,15 | -1,24 (0,214) |
| | | Ženski | 198 | 1 | 5 | 1,28 | 1,11 | |
| Spolno nasilje | Spolno ustrahovanje /nadlegovanje | Moški | 103 | 1 | 4 | 1,97 | 0,99 | 0,78 (0,436) |
| | | Ženski | 198 | 1 | 4 | 1,84 | 0,98 | |
| | Spolni napad/posilstvo | Moški | 103 | 1 | 4 | 1,22 | 0,70 | 1,10 (0,272) |
| | | Ženski | 198 | 1 | 4 | 1,16 | 0,64 | |

Legenda: n = število, Min = minimum, Max = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = vrednost t-testa aritmetičnih sredin, p = vrednost statistične značilnosti, 1 = nikoli, 2 = redko, 3 = občasno, 4 = pogosto, 5 = zelo pogosto

Za namene statistične obdelave podatkov smo s pomočjo Pearsonovega koeficienta pri sedmi hipotezi predhodno z opisno statistiko sešteli število občutkov, ki smo jih v vprašalniku navedli (jeza, žalost, nemoč, vznemirjenost in strah) in jih rekodirali (Tabela 8). To smo storili tako, da smo sešteli število anketirancev, ki so izbrali en občutek (na primer samo možnost »jeza«), dva, tri in tako vse do pet (izbrali so možnosti »jeza«, »nemoč«, »žalost«, »vznemirjenost« in »strah«), kolikor jih je bilo navedenih.

Tabela 8: Opisna statistika za število izbranih občutkov

| Število izbranih občutkov | n | % |
|---------------------------|-----|-------|
| 0 | 13 | 4,4 |
| 1 | 133 | 45,1 |
| 2 | 81 | 27,4 |
| 3 | 39 | 13,2 |
| 4 | 17 | 5,8 |
| 5 | 12 | 4,1 |
| Skupaj | 295 | 100,0 |

Legenda: n = število, % = odstotek

Na podlagi tabele 9 lahko sklenemo, da je pojavnost nasilnega vedenja pacientov večja pri zaposlenih v zdravstveni negi, ki so svojo varnost ocenili z oceno 1 ali 2. Na drugi strani tabela 10 prikazuje samooceno usposobljenosti glede na pojavnost nasilja. Ugotovimo lahko, da je prisotnost besednega nasilja, besednih groženj in pasivno-nasilnega vedenja enakomerno prisotna pri vseh zaposlenih v zdravstveni negi, ne glede na samooceno usposobljenosti.

Tabela 9: Pojavnost oblik nasilnega vedenja glede na samooceno varnosti zaposlenih v zdravstveni negi

| Oblika nasilnega vedenja Samoocena varnosti | BN | BG | PNV | INV | PNVe | RNV | OTN | DNV | BTN | HTN | LONS | HONS | PS | US | SUN | SNP |
|--|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1 – sploh se ne strinjam | 4,78 | 3,67 | 3,33 | 3,00 | 3,67 | 3,11 | 3,33 | 2,67 | 2,67 | 1,89 | 2,78 | 1,67 | 1,56 | 0,89 | 2,22 | 0,89 |
| 2 – se ne strinjam | 3,68 | 2,79 | 2,68 | 2,68 | 3,16 | 2,58 | 2,84 | 2,84 | 2,95 | 1,79 | 2,79 | 2,42 | 2,37 | 0,79 | 2,16 | 1,53 |
| 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam | 3,87 | 3,05 | 2,86 | 2,80 | 3,29 | 2,93 | 2,66 | 2,52 | 2,70 | 1,86 | 2,68 | 2,09 | 2,15 | 0,93 | 1,99 | 1,30 |
| 4 – deloma se strinjam | 3,65 | 2,72 | 2,67 | 2,58 | 3,08 | 2,58 | 2,53 | 2,34 | 2,49 | 1,34 | 2,59 | 2,17 | 2,09 | 1,54 | 1,90 | 1,12 |
| 5 – popolnoma se strinjam | 2,84 | 1,63 | 1,84 | 1,75 | 2,41 | 1,81 | 1,56 | 1,44 | 1,75 | 1,06 | 2,03 | 1,66 | 1,56 | 1,06 | 1,38 | 1,00 |

Legenda: BN = besedno nasilje, BG = besedne grožnje, PNV = ponižujoče nasilno vedenje, INV = izzivalno nasilno vedenje, PNVe = pasivno-nasilno vedenje, RNV = razdvajajoče nasilno vedenje, OTN = ogrožajoče telesno nasilje, DNV = destruktivno nasilno vedenje, BTN = blago telesno nasilje, HTN = hudo telesno nasilje, LONS = lažja oblika nasilja nad seboj, HONS = hujša oblika nasilja nad seboj, PS = poskus samomora, US = uspešen samomor, SUN = spolno ustrahovanje/nadlegovanje, SNP = spolni napad/posilstvo

Tabela 10: Pojavnost oblik nasilnega vedenja glede na samooceno usposobljenosti zaposlenih v zdravstveni negi

| Oblika nasilnega vedenja Samoocena usposobljenosti | BN | BG | PNV | INV | PNVe | RNV | OTN | DNV | BTN | HTN | LONS | HONS | PS | US | SUN | SNP |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1 – sploh se ne strinjam | 4,00 | 2,63 | 2,63 | 2,50 | 3,50 | 2,88 | 2,25 | 1,88 | 1,75 | 1,25 | 2,00 | 1,25 | 1,38 | 1,00 | 1,25 | 1,13 |
| 2 – se ne strinjam | 3,94 | 2,80 | 2,51 | 2,54 | 3,09 | 2,57 | 2,34 | 2,26 | 2,43 | 1,49 | 2,69 | 1,83 | 1,71 | 0,91 | 1,89 | 1,29 |
| 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam | 3,56 | 2,67 | 2,48 | 2,44 | 3,11 | 2,60 | 2,51 | 2,32 | 2,54 | 1,66 | 2,48 | 2,02 | 1,88 | 0,93 | 1,98 | 1,34 |
| 4 – se deloma strinjam | 3,61 | 2,79 | 2,83 | 2,74 | 3,11 | 2,66 | 2,64 | 2,47 | 2,60 | 1,46 | 2,63 | 2,30 | 2,35 | 1,57 | 2,01 | 1,12 |
| 5 – popolnoma se strinjam | 3,88 | 2,76 | 2,56 | 2,32 | 2,85 | 2,53 | 2,32 | 2,09 | 2,38 | 1,50 | 2,59 | 1,85 | 1,85 | 1,00 | 1,53 | 1,03 |

Legenda: BN = besedno nasilje, BG = besedne grožnje, PNV = ponižujoče nasilno vedenje, INV = izzivalno nasilno vedenje, PNVe = pasivno-nasilno vedenje, RNV = razdvajajoče nasilno vedenje, OTN = ogrožajoče telesno nasilje, DNV = destruktivno nasilno vedenje, BTN = blago telesno nasilje, HTN = hudo telesno nasilje, LONS = lažja oblika nasilja nad seboj, HONS = hujša oblika nasilja nad seboj, PS = poskus samomora, US = uspešen samomor, SUN = spolno ustrahovanje/nadlegovanje, SNP = spolni napad/posilstvo

Iz tabele 11 je razvidno, da zaposleni, ki se počutijo ogroženo in so že razmišljali o zamenjavi službe, imajo nižjo samooceno varnosti (PV = 2,54; SO = 1,17). Zanimivo je, da so zaposleni v zdravstveni negi, ki imajo vedno znova občutek ogroženosti, ocenili svojo varnost dokaj visoko (PV = 3,56), pri tem pa je standardni odklon zelo nizek (SO = 0,61), na drugi strani pa tisti, ki se na nasilno vedenje pacienta ne odzivajo, imajo oceno varnosti zelo nizko (PV = 2,89; SO = 1,17).

Tabela 11: Ocena občutka samoocene varnosti zaposlenih v zdravstveni negi pri posameznih trditvah odnosa do pojavnosti nasilnega vedenja pacientov

| Trditev | n | Min | Max | PV | SO |
|---|-----|-----|-----|------|------|
| Nanj se posebej ne odzivam, saj ga obravnavam kot del službe. | 158 | 1 | 5 | 3,60 | 0,96 |
| Nanj se ne odzivam, ker to zahteva dodatno administrativno delo. | 9 | 1 | 5 | 2,89 | 1,17 |
| Vedno znova se počutim ogroženega/-o in že sem razmišljal/-a, da bi zamenjal/-a službo. | 28 | 1 | 4 | 2,54 | 1,17 |
| Vedno znova se počutim ogroženega/-o. | 52 | 2 | 5 | 3,56 | 0,61 |
| Zaradi nasilnega vedenja pacientov se ne počutim ogroženega/-o. | 31 | 2 | 5 | 3,94 | 1,21 |

Legenda: n = število, Min = minimum, Max = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, 1 = sploh se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 = se deloma strinjam, 5 = se popolnoma strinjam

Tabela 12 prikazuje, da so zaposleni v zdravstveni negi podali višjo samooceno usposobljenosti pri trditvah »Nanj se posebej ne odzivam, saj ga obravnavam kot del službe« (PV = 3,61; SO = 0,96) in »Zaradi nasilnega vedenja pacientov se ne počutim ogroženega/-o« (PV = 3,71; SO = 1,22).

Tabela 12: Ocena občutka samoocene usposobljenosti za delo s pacienti, ki se vedejo nasilno s strani zaposlenih v zdravstveni negi pri posameznih trditvah odnosa do pojavnosti nasilnega vedenja pacientov

| Trditev | n | Min | Max | PV | SO |
|---|-----|-----|-----|------|------|
| Nanj se posebej ne odzivam, saj ga obravnavam kot del službe. | 158 | 1 | 5 | 3,61 | 0,96 |
| Nanj se ne odzivam, ker to zahteva dodatno administrativno delo. | 9 | 2 | 4 | 2,78 | 0,67 |
| Vedno znova se počutim ogroženega/-o in že sem razmišljal/-a, da bi zamenjal/-a službo. | 28 | 1 | 5 | 3,14 | 1,11 |
| Vedno znova se počutim ogroženega/-o. | 52 | 1 | 5 | 3,29 | 0,91 |
| Zaradi nasilnega vedenja pacientov se ne počutim ogroženega/-o. | 31 | 2 | 5 | 3,71 | 1,22 |

Legenda: n = število, Min = minimum, Max = maksimum, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, 1 = sploh se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 = se deloma strinjam, 5 = se popolnoma strinjam

3.4.1 Preverjanje hipotez

Hipoteza 1: Višja stopnja izobrazbe zaposlenih v zdravstveni negi je povezana z višjo samooceno varnosti.

Za preverjanje prve hipoteze smo najprej združili odgovore zaposlenih v zdravstveni negi, ki imajo višjo stopnjo izobrazbe od srednješolske; to so višje- ali visokošolska, univerzitetna izobrazba, magisterij ali doktorat (v nadaljevanju smo jih poimenovali: višja stopnja izobrazbe). Povprečja odgovorov smo primerjali glede na samooceno varnosti.

Pri pregledu povprečij smo ugotovili, da je samoocena varnosti višja pri zaposlenih v zdravstveni negi, ki imajo tudi višjo stopnjo izobrazbe (PV = 3,64; SO = 1,07) v primerjavi z zaposlenimi, ki imajo nižjo oz. srednješolsko izobrazbo (PV = 3,41; SO = 1,03) (tabela 13).

Tabela 13: Povprečje samoocene varnosti glede na stopnjo izobrazbe

| | Stopnja izobrazbe | N | PV | SO | t (p) |
|--|-------------------------|-----|------|------|--------------|
| Samoocena varnosti zaposlenih v zdravstveni negi | Srednješolska izobrazba | 188 | 3,41 | 1,03 | 1,85 (0,065) |
| | Višja stopnja izobrazbe | 115 | 3,64 | 1,07 | |

Legenda: n = število, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = vrednost t-testa aritmetičnih sredin, p = vrednost statistične značilnosti, 1 = sploh se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 = se deloma strinjam, 5 = se popolnoma strinjam

S pomočjo t-testa smo ugotovili, da razlike med aritmetičnima sredinama obeh skupin (samoocena varnosti in stopnja izobrazbe) niso statistično pomembne, zato smo hipotezo »Višja stopnja izobrazbe zaposlenih v zdravstveni negi je povezana z višjo samooceno varnosti« zavrnil, saj smo dokazali, da so razlike statistično nepomembne ($t = 1,85$; $p = 0,065$). To pomeni, da ne moremo dokazati, da je višja stopnja izobrazbe zaposlenih v zdravstveni negi povezana z višjo samooceno varnosti.

Hipoteza 2: Višja stopnja izobrazbe zaposlenih v zdravstveni negi je povezana z višjo samooceno usposobljenosti za delo s pacienti, ki se vedejo nasilno.

Za preverjanje hipoteze smo najprej združili odgovore zaposlenih v zdravstveni negi, ki imajo višjo stopnjo izobrazbe od srednješolske, tj. višjo- ali visokošolsko, univerzitetno izobrazbo, magisterij ali doktorat (v nadaljevanju smo jih poimenovali: višja stopnja izobrazbe). Povprečja odgovorov smo primerjali glede na oceno stopnje usposobljenosti.

Pri pregledu povprečij smo ugotovili, da je samoocena usposobljenosti višja pri zaposlenih v zdravstveni negi, ki imajo tudi višjo stopnjo izobrazbe (PV = 3,66; SO = 1,16) (tabela 14).

Tabela 14: Povprečje samoocene usposobljenosti za delo s pacienti, ki se vedejo nasilno, glede na stopnjo izobrazbe

| | Stopnja izobrazbe | n | PV | SO | t (p) |
|---|-------------------------|-----|------|------|--------------|
| Samoocena usposobljenosti zaposlenih v zdravstveni negi | Srednješolska izobrazba | 188 | 3,53 | 1,18 | 2,36 (0,019) |
| | Višja stopnja izobrazbe | 115 | 3,66 | 1,16 | |

Legenda: n = število, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = vrednost t-testa aritmetičnih sredin, p = vrednost statistične značilnosti, 1 = sploh se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 = se deloma strinjam, 5 = se popolnoma strinjam

Hipotezo »Višja stopnja izobrazbe zaposlenih v zdravstveni negi je povezana z višjo samooceno usposobljenosti za delo s pacienti, ki se vedejo nasilno« smo sprejeli, saj smo dokazali, da so razlike statistično pomembne ($t = 2,36$; $p = 0,019$), kar pomeni, da je višja stopnja izobrazbe zaposlenih v zdravstveni negi povezana z višjo samooceno usposobljenosti za delo s pacienti, ki se vedejo nasilno.

Hipoteza 3.1: Večje število let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi je povezano z manjšim pojavom verbalne oblike nasilnega vedenja pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi.

V tabeli 15 so prikazane korelacijske povezave med številom let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi in pojavnostjo verbalne oblike nasilnega vedenja pacientov

do zaposlenih v zdravstveni negi. Neznatna obratnosorazmerna povezanost je bila zaznana pri besednem nasilju ($r = -0,300$; $p < 0,001$) in besednih grožnjah ($r = -0,247$, $p < 0,001$), kar pomeni, da je nižja pojavnost navedenih oblik verbalnega nasilnega vedenja pacientov najbolj povezana z večjim številom let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi. Šibka obratnosorazmerna povezanost je bila zaznana pri ponižujočem nasilnem vedenju ($r = -0,187$; $p = 0,001$) in izzivalnem nasilnem vedenju ($r = -0,134$; $p = 0,019$), kar pomeni, da je nižja pojavnost navedenih oblik verbalnega nasilnega vedenja pacientov povezana z večjim številom let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi. Pri pasivnem nasilnem vedenju ($r = -0,021$; $p = 0,713$) in razdvajajočem nasilnem vedenju ($r = -0,085$; $p = 0,136$) povezanosti s številom let delovnih izkušenj nismo ugotovili, saj je bila statistična značilnost višja od mejne vrednosti (0,05).

Tabela 15: Povezanost števila let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi in pojavnosti verbalne oblike nasilnega vedenja pacientov

| | | |
|-------------------------------------|---|---------|
| Besedno nasilje | R | -0,300 |
| | P | < 0,001 |
| | N | 305 |
| Besedne grožnje | R | -0,247 |
| | P | < 0,001 |
| | N | 305 |
| Ponižujoče nasilno vedenje | R | -0,187 |
| | P | < 0,001 |
| | N | 305 |
| Izzivalno nasilno vedenje | R | -0,134 |
| | P | 0,019 |
| | N | 305 |
| Pasivno-nasilno vedenje | R | -0,021 |
| | P | 0,713 |
| | N | 305 |
| Razdvajajoče nasilno vedenje | R | -0,085 |
| | P | 0,136 |
| | N | 305 |

Legenda: n = število; r = Pearsonov koeficient korelacije, p = vrednost statistične značilnosti, 1 = nikoli, 2 = redko, 3 = občasno, 4 = pogosto, 5 = zelo pogosto

Hipotezo »Večje število let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi je povezano z manjšim pojavom verbalne oblike nasilnega vedenja pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi« smo delno potrdili, saj smo povezanost z večjim številom let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi povezali z manjšo pojavnostjo naslednjih oblik verbalnega nasilja: besedno nasilje, besedne grožnje, ponižujoče nasilno vedenje in izzivalno nasilno vedenje. Povezanosti večjega števila let delovnih izkušenj nismo zaznali

pri ostalih oblikah verbalnega nasilja, kar pomeni, da nismo mogli dokazati, da je večje število let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi povezano z manjšo pojavnostjo ostalih oblik verbalnega nasilnega vedenja pacientov.

Hipoteza 3.2: Večje število let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi je povezano z manjšim pojavom fizične oblike nasilnega vedenja pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi.

V tabeli 16 so prikazane korelacijske povezave med številom let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi in pojavnostjo fizične oblike nasilnega vedenja pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi. Neznatna obratnosorazmerna povezanost je bila ugotovljena pri blagem telesnem nasilju ($r = -0,223$; $p < 0,001$), kar pomeni, da je večje število let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi najbolj povezano z manjšo pojavnostjo navedene fizične oblike nasilnega vedenja pacientov. Šibka obratnosorazmerna povezanost je bila zaznana pri ogrožajočem nasilnem vedenju ($r = -0,157$; $p = 0,006$), destruktivnem nasilnem vedenju ($r = -0,142$; $p = 0,013$) in lažji obliki nasilja nad seboj ($r = -0,148$; $p = 0,010$), kar pomeni, da je večje število let delovnih izkušenj zaposlenih povezano z manjšo pojavnostjo navedenih oblik fizičnega nasilnega vedenja pacientov. Pri hudem telesnem nasilju ($r = -0,080$; $p = 0,166$), hujši obliki nasilja nad seboj ($r = -0,026$; $p = 0,651$), poskusu samomora ($r = 0,010$; $p = 0,867$) in uspešnem samomoru ($r = 0,024$; $p = 0,671$) povezanosti s številom let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi nismo ugotovili, saj je bila statistična značilnost višja od mejne vrednosti (0,05).

Tabela 16: Povezanost števila let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi in pojavnosti fizične oblike nasilnega vedenja pacientov

| | | |
|-------------------------------------|---|---------|
| Ogrožajoče nasilno vedenje | R | -0,157 |
| | P | 0,006 |
| | N | 305 |
| Destruktivno nasilno vedenje | R | -0,142 |
| | P | 0,013 |
| | N | 305 |
| Blago telesno nasilje | R | -0,223 |
| | P | < 0,001 |
| | N | 305 |
| Hudo telesno nasilje | R | -0,080 |

| | | |
|--------------------------------|---|--------|
| | P | 0,166 |
| | N | 305 |
| Lažja oblika nasilja nad seboj | R | -0,148 |
| | P | 0,010 |
| | N | 305 |
| Hujša oblika nasilja nad seboj | R | -0,026 |
| | P | 0,651 |
| | N | 305 |
| Poskus samomora | R | 0,010 |
| | P | 0,867 |
| | N | 305 |
| Uspešen samomor | R | 0,024 |
| | P | 0,671 |
| | N | 305 |

Legenda: n = število, r = Pearsonov koeficient korelacije, p = vrednost statistične značilnosti, 1 = nikoli, 2 = redko, 3 = občasno, 4 = pogosto, 5 = zelo pogosto

Hipotezo »Večje število let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi je povezano z manjšim pojavom fizične oblike nasilnega vedenja pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi« smo delno potrdili, saj smo povezanost večjega števila let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi zaznali z manjšo pojavnostjo naslednjih oblik fizičnega nasilnega vedenja pacientov: blago telesno nasilje, ogrožajoče nasilno vedenje, destruktivno nasilno vedenje in lažja oblika nasilja nad seboj. Povezanosti večjega števila let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi nismo zaznali pri ostalih oblikah fizičnega nasilnega vedenja pacientov, kar pomeni, da nismo mogli dokazati, da je večje število let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi povezano z manjšo pojavnostjo ostalih oblik fizičnega nasilnega vedenja pacientov.

Hipoteza 3.3: Večje število let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi je povezano z manjšim pojavom spolnega nasilnega vedenja pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi.

V tabeli 17 so prikazane korelacijske povezave med številom let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi in pojavnostjo spolne oblike nasilnega vedenja pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi. Pri tem nismo ugotovili statistično pomembne povezanosti, saj je pri obeh oblikah spolnega nasilja statistična značilnost večja od 0,05 ($p > 0,05$).

Tabela 17: Povezanost števila let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi in pojavnosti spolne oblike nasilnega vedenja pacientov

| | | |
|--------------------------------------|---|--------|
| Spolno ustrahovanje/ nadlegovanje | R | -0,088 |
| | P | 0,125 |
| | N | 305 |
| Spolni napad/posilstvo | R | -0,080 |
| | P | 0,162 |
| | N | 305 |

Legenda: n = število, r = Pearsonov koeficient korelacije, p = vrednost statistične značilnosti, 1 = nikoli, 2 = redko, 3 = občasno, 4 = pogosto, 5 = zelo pogosto

Hipotezo »Večje število let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi je povezano z manjšim pojavom spolnega nasilnega vedenja pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi« smo zavrnil, kar pomeni, da nismo mogli dokazati, da je večje število let delovnih izkušenj zaposlenih v zdravstveni negi povezano s pojavnostjo spolne oblike nasilnega vedenja pacientov.

Hipoteza 4.1: Moški se pogosteje srečujejo z verbalno obliko nasilnega vedenja pacientov kot ženske.

Na podlagi tabele 7 smo ugotovili, da je pri vseh oblikah verbalnega nasilnega vedenja razlika med aritmetičnimi skupinami statistično pomembna; moški imajo aritmetično sredino pri vseh oblikah verbalne agresije višjo od žensk: besedno nasilje ($t = 2,623$; $p = 0,009$), besedne grožnje ($t = 3,228$; $p = 0,001$), ponižujoče nasilno vedenje ($t = 2,876$; $p = 0,004$), izzivalno nasilno vedenje ($t = 2,807$; $p = 0,005$), pasivno-nasilno vedenje ($t = 2,708$; $p = 0,007$) in razdvajajoče nasilno vedenje ($t = 2,404$; $p = 0,017$).

Hipotezo »Moški se pogosteje srečujejo z verbalno obliko nasilnega vedenja pacientov kot ženske« smo potrdili, saj smo dokazali, da obstajajo statistično pomembne razlike med moškimi in ženskami, zaposlenimi v zdravstveni negi, glede soočanja s pojavnostjo verbalne oblike nasilnega vedenja pacientov. To pomeni, da smo dokazali, da je moški spol zaposlenih v zdravstveni negi povezan z večjo pojavnostjo verbalne oblike nasilnega vedenja pacientov.

Hipoteza 4.2: Moški se pogosteje srečujejo s fizično obliko nasilnega vedenja pacientov kot ženske.

Na podlagi tabele 7 smo ugotovili, da je pri določenih oblikah fizičnega nasilnega vedenja razlika med aritmetičnimi skupinami pomembna, in sicer pri ogrožajočem nasilnem vedenju ($t = 2,329$; $p = 0,021$), destruktivnem nasilnem vedenju ($t = 2,171$; $p = 0,031$), blagem telesnem nasilju ($t = 2,335$; $p = 0,020$) in hudem telesnem nasilju ($t = 2,382$; $p = 0,018$). Statistično nepomembne razlike so pri naslednjih vrstah fizičnega nasilnega vedenja glede na spol: lažja oblika nasilja nad seboj ($t = 1,701$; $p = 0,090$), hujša oblika nasilja nad seboj ($t = 0,454$; $p = 0,650$), poskus samomora ($t = -0,271$; $p = 0,786$) in uspešen samomor ($t = -1,245$; $p = 0,214$).

Hipotezo »Moški se pogosteje srečujejo s fizično obliko nasilnega vedenja pacientov kot ženske« smo delno potrdili, saj smo dokazali, da obstajajo statistično pomembne razlike med moškimi in ženskami, zaposlenimi v zdravstveni negi, glede soočanja s pojavnostjo fizične oblike nasilnega vedenja pacientov, in sicer pri naslednjih vrstah nasilnega vedenja: ogrožajoče nasilno vedenje, destruktivno nasilno vedenje, blago telesno nasilje in hudo telesno nasilje, kar pomeni, da je moški spol zaposlenih v zdravstveni negi povezan z večjo pojavnostjo fizičnega nasilja pacientov. Povezanosti med spolom zaposlenih v zdravstveni negi in pojavnostjo fizičnega nasilnega vedenja pacientov nismo uspeli dokazati pri naslednjih oblikah nasilnega vedenja: lažja oblika nasilja nad seboj, hujša oblika nasilja nad seboj, poskus samomora in uspešen samomor.

Hipoteza 4.3: Moški se pogosteje srečujejo s spolnim nasilnim vedenjem pacientov kot ženske.

Na podlagi tabele 7 smo ugotovili, da je pri vrstah spolne oblike nasilnega vedenja statistična razlika med aritmetičnimi skupinami nepomembna – to velja tako za spolno ustrahovanje/nadlegovanje ($t = 0,780$; $p = 0,436$) kot za spolni napad/posilstvo ($t = 1,100$; $p = 0,272$).

Hipotezo »Moški se pogosteje srečujejo s spolnim nasilnim vedenjem pacientov kot ženske« smo zavrnil, saj nismo uspeli dokazati statistično pomembne razlike med moškimi in ženskami, zaposlenimi v zdravstveni negi, glede soočanja s pojavnostjo spolne oblike nasilnega vedenja pacientov.

Hipoteza 5: Nižja ocena varnosti je povezana z večjim občutkom ogroženosti zaposlenih v zdravstveni negi.

Pri hipotezi 5 smo se odločili, da bomo občutke ogroženosti razdelili v dve skupini – manj in bolj ogrožajoče. Tako smo v prvo skupino opredelili odgovore, ki so predstavljali manjšo stopnjo ogroženosti: »Zaradi nasilnega vedenja pacientov se ne počutim ogroženega/-o«, »Nanj se ne odzivam, ker to zahteva dodatno administrativno delo« in »Nanj se posebej ne odzivam, saj ga obravnavam kot del službe«. V drugo skupino smo opredelili odgovore, ki so predstavljali večjo stopnjo ogroženosti: »Vedno znova se počutim ogroženega/-o« in »Vedno znova se počutim ogroženega/-o in sem že razmišljal/-a, da bi zamenjal/-a službo«.

Rezultati, ki so prikazani v tabeli 18, so pokazali, da zaposleni v zdravstveni negi, ki so imeli manjši občutek ogroženosti, so imeli tudi višjo samooceno varnosti (PV = 3,62; SO = 1,02) kot tisti, ki so imeli večji občutek ogroženosti (PV = 3,20; SO = 0,97). Prav tako smo ugotovili, da je razlika med aritmetičnima skupinama statistično pomembna ($t = 3,149$; $p = 0,002$).

Tabela 18: Povprečje samoocene varnosti glede na stopnjo občutka ogroženosti

| | Stopnja občutka ogroženosti | n | PV | SO | t (p) |
|--|-----------------------------|-----|------|------|--------------|
| Samoocena varnosti zaposlenih v zdravstveni negi | Manjši občutek ogroženosti | 198 | 3,62 | 1,02 | 3,14 (0,002) |
| | Večji občutek ogroženosti | 80 | 3,20 | 0,97 | |

Legenda: n = število, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = vrednost t-testa aritmetičnih sredin, p = vrednost statistične značilnosti, 1 = sploh se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 = se deloma strinjam, 5 = se popolnoma strinjam

Hipotezo 5 »Nižja ocena varnosti je povezana z večjim občutkom ogroženosti zaposlenih v zdravstveni negi« smo sprejeli, saj smo dokazali, da obstajajo statistično pomembne razlike med nižjo samooceno varnosti in višjo stopnjo ogroženosti na delovnem mestu.

Hipoteza 6: Višja ocena usposobljenosti je povezana z manjšim občutkom ogroženosti zaposlenih v zdravstveni negi.

Pri hipotezi 6 smo se odločili, da bomo občutke ogroženosti razdelili v dve skupini – manj in bolj ogrožajoče. Tako smo v prvo skupino opredelili odgovore, ki so predstavljali manjšo stopnjo ogroženosti: »Zaradi nasilnega vedenja pacientov se ne počutim ogroženega/-o«, »Nanj se ne odzivam, ker to zahteva dodatno administrativno delo« in »Nanj se posebej ne odzivam, saj ga obravnavam kot del službe«. V drugo skupino smo opredelili odgovore, ki so predstavljali večjo stopnjo ogroženosti: »Vedno znova se počutim ogroženega/-o« in »Vedno znova se počutim ogroženega/-o in sem že razmišljal/-a, da bi zamenjal/-a službo«.

Ugotovili smo, da so zaposleni v zdravstveni negi, ki imajo manjši občutek ogroženosti, tudi bolj usposobljeni za delo s pacienti z nasilnim vedenjem (PV = 3,59; SO = 1,00). Tisti zaposleni v zdravstveni negi, ki imajo večji občutek ogroženosti, imajo tudi nižji samooceno usposobljenosti (PV = 3,24; SO = 0,98). Razlika med aritmetičnima skupinama je statistično pomembna ($t = 2,63$; $p = 0,009$) (Tabela 19).

Tabela 19: Povprečje samoocene usposobljenosti glede na stopnjo občutka ogroženosti

| | Stopnja občutka ogroženosti | n | PV | SO | t (p) |
|---|-----------------------------|-----|------|------|--------------|
| Samoocena usposobljenosti zaposlenih v zdravstveni negi | Manjši občutek ogroženosti | 198 | 3,59 | 1,00 | 2,63 (0,009) |
| | Večji občutek ogroženosti | 80 | 3,24 | 0,98 | |

Legenda: n = število, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon, t = vrednost t-testa aritmetičnih sredin, p = vrednost statistične značilnosti, 1 = sploh se ne strinjam, 2 = se ne strinjam, 3 = niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 = se deloma strinjam, 5 = se popolnoma strinjam

Hipotezo 6 »Višja ocena usposobljenosti je povezana z manjšim občutkom ogroženosti zaposlenih v zdravstveni negi« smo sprejeli, saj smo dokazali, da obstajajo statistično

pomembne razlike med višjo samooceno usposobljenosti in nižjo stopnjo ogroženosti na delovnem mestu.

Hipoteza 7.1: Večje število negativnih občutkov zaposlenih v zdravstveni negi je povezano s pogostostjo soočanja z verbalno obliko nasilnega vedenja pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi.

V tabeli 20 so prikazane korelacijske povezave med številom negativnih občutkov zaposlenih v zdravstveni negi in pojavnostjo verbalne oblike nasilnega vedenja pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi. Neznatna obratnosorazmerna povezanost je bila ugotovljena pri izzivalnem nasilnem vedenju ($r = -0,223$; $p < 0,001$), kar pomeni, da je večje število negativnih občutkov zaposlenih v zdravstveni negi najbolj povezano z manjšo pojavnostjo navedene oblike verbalnega nasilnega vedenja pacientov. Šibka obratnosorazmerna povezanost je bila zaznana pri besednih grožnjah ($r = -0,167$; $p = 0,004$), ponižujočem nasilnem vedenju ($r = -0,185$; $p = 0,001$), pasivno-nasilnem vedenju ($r = -0,146$; $p = 0,012$) in razdvajajočem nasilnem vedenju ($r = -0,177$; $p = 0,002$), kar pomeni, da je večje število negativnih občutkov zaposlenih v zdravstveni negi povezano z manjšo pojavnostjo navedenih oblik verbalnega nasilnega vedenja pacientov. Pri besednem nasilju ($r = 0,057$; $p = 0,330$) nismo ugotovili povezanosti z negativnimi občutki zaposlenih v zdravstveni negi, saj je bila statistična značilnost višja od mejne vrednosti (0,05).

Tabela 20: Povezanost med negativnimi občutki zaposlenih v zdravstveni negi s pogostostjo soočanja z verbalno obliko nasilnega vedenja pacientov

| | | |
|-----------------------------------|---|---------|
| Besedno nasilje | R | 0,057 |
| | P | 0,330 |
| | N | 295 |
| Besedne grožnje | R | -0,167 |
| | P | 0,004 |
| | N | 295 |
| Ponižujoče nasilno vedenje | R | -0,185 |
| | P | 0,001 |
| | N | 295 |
| Izzivalno nasilno vedenje | R | -0,223 |
| | P | < 0,001 |
| | N | 295 |
| Pasivno-nasilno vedenje | R | -0,146 |
| | P | 0,012 |

| | | |
|-------------------------------------|---|--------|
| | N | 295 |
| Razdvajajoče nasilno vedenje | R | -0,177 |
| | p | 0,002 |
| | n | 295 |

Legenda: n = število, r = Pearsonov koeficient korelacije, p = vrednost statistične značilnosti, 1 = nikoli, 2 = redko, 3 = občasno, 4 = pogosto, 5 = zelo pogosto

Na podlagi statističnih ugotovitev smo hipotezo 7.1, ki se glasi »Večje število negativnih občutkov zaposlenih v zdravstveni negi je povezano s pogostostjo soočanja z verbalno obliko nasilnega vedenja pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi«, delno potrdili, saj smo povezanost večjega števila negativnih občutkov zaposlenih v zdravstveni negi ugotovili pri večji pojavnosti naslednjih oblik verbalnega nasilnega vedenja pacientov: izzivalno nasilno vedenje, besedne grožnje, ponižujoče nasilno vedenje, pasivno-nasilno vedenje in razdvajajoče nasilno vedenje. Povezanosti večjega števila negativnih občutkov zaposlenih v zdravstveni negi nismo zaznali pri besednem nasilju, kar pomeni, da nismo mogli dokazati, da je večje število negativnih občutkov zaposlenih v zdravstveni negi povezano z nižjo stopnjo soočanja z navedeno obliko verbalnega nasilnega vedenja pacientov.

Hipoteza 7.2: Večje število negativnih občutkov zaposlenih v zdravstveni negi je povezano s pogostostjo soočanja s fizično obliko nasilnega vedenja pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi.

V tabeli 21 so prikazane korelacijske povezave med številom negativnih občutkov zaposlenih v zdravstveni negi in pojavnostjo fizične oblike nasilnega vedenja pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi. Neznatna obratnosorazmerna povezanost je bila ugotovljena pri treh oblikah fizičnega nasilnega vedenja pacientov: destruktivno nasilno vedenje ($r = -0,206$; $p < 0,001$), hujša oblika nasilja nad seboj ($r = -0,236$; $p < 0,001$) in poskus samomora ($r = -0,222$; $p < 0,001$), kar pomeni, da je večje število negativnih občutkov zaposlenih v zdravstveni negi najbolj povezano z manjšo pojavnostjo navedenih oblik fizičnega nasilnega vedenja pacientov. Šibka obratnosorazmerna povezanost je bila zaznana pri ogrožajočem nasilnem vedenju ($r = -0,139$; $p = 0,017$), kar pomeni, da je večje število negativnih občutkov zaposlenih v zdravstveni negi povezano z manjšo pojavnostjo navedene oblike fizičnega nasilnega vedenja pacientov. Pri blagem telesnem nasilju ($r = -0,078$; $p = 0,183$), hudem telesnem nasilju ($r = -0,096$; $p = 0,099$), lažji obliki

nasilja nad seboj ($r = -0,108$; $p = 0,065$) in uspešnem samomoru ($r = 0,066$; $p = 0,260$) povezanosti z negativnimi občutki zaposlenih v zdravstveni negi nismo ugotovili, saj je statistična značilnost višja od mejne vrednosti (0,05).

Tabela 21: Povezanost med negativnimi občutki zaposlenih v zdravstveni negi s pogostostjo soočanja s fizično obliko nasilnega vedenja pacientov

| | | |
|--------------------------------|---|---------|
| Ogrožajoče nasilno vedenje | R | -0,139 |
| | P | 0,017 |
| | N | 295 |
| Destruktivno nasilno vedenje | r | -0,206 |
| | p | < 0,001 |
| | n | 295 |
| Blago telesno nasilje | r | -0,078 |
| | p | 0,183 |
| | n | 295 |
| Hudo telesno nasilje | r | -0,096 |
| | p | 0,099 |
| | n | 295 |
| Lažja oblika nasilja nad seboj | r | -0,108 |
| | p | 0,065 |
| | n | 295 |
| Hujša oblika nasilja nad seboj | r | -0,236 |
| | p | < 0,001 |
| | n | 295 |
| Poskus samomora | r | -0,222 |
| | p | < 0,001 |
| | n | 295 |
| Uspešen samomor | r | 0,066 |
| | p | 0,260 |
| | n | 295 |

Legenda: n = število, r = Pearsonov koeficient korelacije, p = vrednost statistične značilnosti, 1 = nikoli, 2 = redko, 3 = občasno, 4 = pogosto, 5 = zelo pogosto

Na podlagi statističnih ugotovitev smo hipotezo 7.2, ki se glasi »Večje število negativnih občutkov zaposlenih v zdravstveni negi je povezano s pogostostjo soočanja s fizično obliko nasilnega vedenja pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi«, delno potrdili, saj smo povezanost večjega števila negativnih občutkov zaposlenih v zdravstveni negi povezali z nižjo stopnjo soočanja z naslednjimi oblikami fizičnega nasilnega vedenja pacientov: destruktivno nasilno vedenje, hujša oblika nasilja nad seboj in ogrožajoče nasilno vedenje. Povezanosti večjega števila negativnih občutkov zaposlenih v zdravstveni negi in nižje stopnje soočanja z ostalimi oblikami fizičnega nasilnega vedenja pacientov nismo zaznali, kar pomeni, da nismo mogli dokazati, da je večje število

negativnih občutkov zaposlenih v zdravstveni negi povezano s stopnjo soočanja z ostalimi oblikami fizičnega nasilnega vedenja pacientov.

Hipoteza 7.3: Večje število negativnih občutkov zaposlenih v zdravstveni negi je povezano s pogostostjo soočanja s spolnim nasilnim vedenjem pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi.

V tabeli 22 so prikazane korelacijske povezave med številom negativnih občutkov zaposlenih v zdravstveni negi in pojavnostjo spolne oblike nasilnega vedenja pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi. Neznatna obratnosorazmerna povezanost je bila zaznana pri spolnem ustrahovanju/nadlegovanju ($r = -0,292$; $p < 0,001$), kar pomeni, da je večje število negativnih občutkov zaposlenih v zdravstveni negi najbolj povezano z nižjo pojavnostjo navedene oblike spolnega nasilnega vedenja pacientov. Šibka obratnosorazmerna povezanost je bila ugotovljena pri spolnem napadu/posilstvu ($r = -0,161$; $p = 0,006$), kar pomeni, da je večje število negativnih občutkov zaposlenih v zdravstveni negi povezano z nižjo pogostostjo soočanja z navedenimi oblikami spolnega nasilnega vedenja pacientov.

Tabela 22: Povezanost med negativnimi občutki zaposlenih v zdravstveni negi s pogostostjo soočanja s spolnim nasiljem s strani pacientov

| | | |
|--------------------------------------|---|---------|
| Spolno ustrahovanje/ nadlegovanje | R | -0,292 |
| | P | < 0,001 |
| | N | 295 |
| Spolni napad/posilstvo | R | -0,161 |
| | P | 0,006 |
| | N | 295 |

Legenda: n = število, r = Pearsonov koeficient korelacije, p = vrednost statistične značilnosti, 1 = nikoli, 2 = redko, 3 = občasno, 4 = pogosto, 5 = zelo pogosto

Na podlagi statističnih ugotovitev smo hipotezo, ki se glasi »Večje število negativnih občutkov zaposlenih v zdravstveni negi je povezano s pogostostjo soočanja s spolno obliko nasilnega vedenja pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi«, potrdili, saj smo dokazali, da obstaja povezanost večjega števila negativnih občutkov zaposlenih v zdravstveni negi z nižjo pogostostjo soočanja s spolnim ustrahovanjem/nadlegovanjem in spolnim napadom/posilstvom tj. obliko spolnega nasilnega vedenja pacientov.

Hipoteza 8: Nižja stopnja soočanja z nasilnim vedenjem pacientov je povezana z višjo samooceno varnosti in usposobljenostjo zaposlenih v zdravstveni negi.

V tabeli 23 so prikazane korelacijske povezave med stopnjo soočanja z nasilnim vedenjem pacientov in samooceno varnosti zaposlenih v zdravstveni negi. Neznatna obratnosorazmerna povezanost je bila zaznana pri besednem nasilju ($r = -0,277$; $p < 0,001$), besednih grožnjah ($r = -0,280$; $p < 0,001$), ponižujočemu nasilnemu vedenju ($r = -0,206$; $p < 0,001$), izzivalnem nasilnem vedenju ($r = -0,201$; $p < 0,001$), pasivno-nasilnemu vedenju ($r = -0,204$; $p < 0,001$), ogrožajočemu nasilnemu vedenju ($r = -0,275$; $p < 0,001$), destruktivnem nasilnem vedenju ($r = -0,250$; $p < 0,001$) in hudem telesnem nasilju ($r = -0,279$; $p < 0,001$), kar pomeni, da je nižja stopnja soočanja z navedenimi oblikami nasilnega vedenja pacientov najbolj povezana z višjo samooceno varnosti zaposlenih v zdravstveni negi. Šibko obratnosorazmerno povezanost smo ugotovili pri razdvajajočem nasilnem vedenju ($r = -0,198$; $p = 0,001$), blagem telesnem nasilju ($r = -0,198$; $p = 0,001$), lažji obliki nasilja nad seboj ($r = -0,142$; $p = 0,014$), uspešnem samomoru ($r = -0,166$; $p = 0,004$), spolnem ustrahovanju/nadlegovanju ($r = -0,170$; $p = 0,003$) in spolnem napadu/posilstvu ($t = -0,125$; $p = 0,031$), kar pomeni, da je nižja stopnja soočanja z navedenimi oblikami nasilnega vedenja pacientov povezana z višjo samooceno varnosti zaposlenih v zdravstveni negi. Pri ostalih oblikah nasilnega vedenja pacientov povezanosti nismo ugotovili, saj je bila statistična značilnost večja od mejne vrednosti ($p > 0,05$).

Tabela 23: Povezanost med stopnjo soočanja z nasilnim vedenjem pacientov in samooceno varnosti

| | | |
|-----------------------------------|---|---------|
| Besedno nasilje | r | -0,277 |
| | p | < 0,001 |
| | n | 299 |
| Besedne grožnje | r | -0,280 |
| | p | < 0,001 |
| | n | 299 |
| Ponižujoče nasilno vedenje | r | -0,206 |
| | p | < 0,001 |
| | n | 299 |
| Izzivalno nasilno vedenje | r | -0,201 |
| | p | < 0,001 |
| | n | 299 |
| Pasivno-nasilno vedenje | r | -0,204 |
| | p | < 0,001 |

| | | |
|--|---|---------|
| | n | 299 |
| Razdvajajoče nasilno vedenje | r | -0,198 |
| | p | 0,001 |
| | n | 299 |
| Ogrožajoče nasilno vedenje | r | -0,275 |
| | p | < 0,001 |
| | n | 299 |
| Destruktivno nasilno vedenje | r | -0,250 |
| | p | < 0,001 |
| | n | 299 |
| Blago telesno nasilje | r | -0,198 |
| | p | 0,001 |
| | n | 299 |
| Hudo telesno nasilje | r | -0,279 |
| | p | < 0,001 |
| | n | 299 |
| Lažja oblika nasilja nad seboj | r | -0,142 |
| | p | 0,014 |
| | n | 299 |
| Hujša oblika nasilja nad seboj | r | -0,050 |
| | p | 0,391 |
| | n | 299 |
| Poskus samomora | r | -0,072 |
| | p | 0,217 |
| | n | 299 |
| Uspešen samomor | r | -0,166 |
| | p | 0,004 |
| | n | 299 |
| Spolno ustrahovanje/ nadlegovanje | r | -0,170 |
| | p | 0,003 |
| | n | 299 |
| Spolni napad/posilstvo | r | -0,125 |
| | p | 0,031 |
| | n | 299 |

Legenda: n = število, r = Pearsonov koeficient korelacije, p = vrednost statistične značilnosti, 1 = nikoli, 2 = redko, 3 = občasno, 4 = pogosto, 5 = zelo pogosto

V tabeli 24 so prikazane korelacijske povezave med stopnjo soočanja z nasilnim vedenjem pacientov in samooceno usposobljenosti zaposlenih v zdravstveni negi. Šibka obratnosorazmerna povezanost je bila ugotovljena pri naslednjih oblikah nasilnega vedenja pacientov: hujša oblika nasilja nad seboj ($r = -0,114$; $p = 0,050$), poskus samomora ($r = -0,141$; $p = 0,015$), uspešen samomor ($r = -0,143$; $p = 0,014$) in spolni napad/posilstvo ($r = -0,125$; $p = 0,031$), kar pomeni, da je nižja stopnja soočanja z navedenimi oblikami nasilnega vedenja pacientov povezana z višjo samooceno usposobljenosti zaposlenih v zdravstveni negi. Pri ostalih oblikah nasilnega vedenja povezanosti nismo ugotovili, saj je bila statistična značilnost višja od mejne vrednosti (0,05)

Tabela 24: Povezanost med stopnjo soočanja z nasilnim vedenjem pacientov in samooceno usposobljenosti

| | | |
|--|---|--------|
| Besedno nasilje | r | -0,033 |
| | p | 0,574 |
| | n | 296 |
| Besedne grožnje | r | 0,019 |
| | p | 0,748 |
| | n | 296 |
| Ponižujoče nasilno vedenje | r | 0,069 |
| | p | 0,240 |
| | n | 296 |
| Izzivalno nasilno vedenje | r | 0,021 |
| | p | 0,715 |
| | n | 296 |
| Pasivno-nasilno vedenje | r | -0,065 |
| | p | 0,262 |
| | n | 296 |
| Razdvajajoče nasilno vedenje | r | -0,009 |
| | p | 0,875 |
| | n | 296 |
| Ogrožajoče nasilno vedenje | r | 0,042 |
| | p | 0,469 |
| | n | 296 |
| Destruktivno nasilno vedenje | r | 0,034 |
| | p | 0,565 |
| | n | 296 |
| Blago telesno nasilje | r | 0,053 |
| | p | 0,364 |
| | n | 296 |
| Hudo telesno nasilje | r | -0,014 |
| | p | 0,808 |
| | n | 296 |
| Lažja oblika nasilja nad seboj | r | 0,047 |
| | p | 0,424 |
| | n | 296 |
| Hujša oblika nasilja nad seboj | r | 0,114 |
| | p | 0,050 |
| | n | 296 |
| Poskus samomora | r | 0,141 |
| | p | 0,015 |
| | n | 296 |
| Uspešen samomor | r | -0,143 |
| | p | 0,014 |
| | n | 296 |
| Spolno ustrahovanje/ nadlegovanje | r | -0,003 |
| | p | 0,953 |
| | n | 296 |
| Spolni napad/posilstvo | r | -0,125 |
| | p | 0,031 |
| | n | 296 |

Legenda: n = število, r = Pearsonov koeficient korelacije, p = vrednost statistične značilnosti, 1 = nikoli, 2 = redko, 3 = občasno, 4 = pogosto, 5 = zelo pogosto

Hipotezo »Nižja stopnja soočanja z nasilnim vedenjem pacientov je povezana z višjo samooceno varnosti in usposobljenosti zaposlenih v zdravstveni« smo delno potrdili, saj je smo dokazali, da je višja samoocena varnosti povezana z manjšo pojavnostjo naslednjih oblik nasilnega vedenja pacientov: besedno nasilje, besedne grožnje, ponižujoče nasilno vedenje, izzivalno nasilno vedenje, pasivno-nasilno vedenje, ogrožajoče nasilno vedenje, destruktivno nasilno vedenje, hudo telesno nasilje, razdvajajoče nasilno vedenje, blago telesno nasilje, lažja oblika nasilja nad seboj, uspešen samomor, spolno ustrahovanje/nadlegovanje in spolni napad/posilstvo. Povezanosti nižje stopnje soočanja z ostalimi oblikami nasilnega vedenja pacientov z samooceno varnosti zaposlenih v zdravstveni negi nismo ugotovili, kar pomeni, da nismo mogli dokazati, da je nižja stopnja soočanja z ostalimi oblikami nasilnega vedenja pacientov povezana z višjo samooceno varnosti zaposlenih v zdravstveni negi. Poleg tega smo ugotovili povezanost višje samoocene usposobljenosti zaposlenih v zdravstveni negi z nižjo stopnjo soočanja z naslednjimi oblikami nasilnega vedenja pacientov: hujša oblika nasilja nad seboj, poskus samomora, uspešen samomor in spolni napad/posilstvo. Pri ostalih oblikah nasilnega vedenja pacientov nismo zaznali povezanosti z višjo samooceno usposobljenosti zaposlenih v zdravstveni negi, kar pomeni, da nismo mogli dokazati, da je nižja stopnja soočanja z ostalimi oblikami nasilnega vedenja pacientov povezana z višjo samooceno usposobljenosti zaposlenih v zdravstveni negi.

3.5 RAZPRAVA

V raziskavi smo ugotovili, da na samooceno varnosti in usposobljenosti pomembno vplivajo sociodemografski dejavniki (spol, stopnja izobrazbe, število let delovnih izkušenj) ter občutek ogroženosti, ki ga zaposleni v zdravstveni negi občutijo ob pojavu nasilnega vedenja s strani pacientov. Najbolj so naštetih dejavniki, povezani z verbalno obliko nasilnega vedenja, manj pa s fizično in spolno obliko nasilnega vedenja pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi. Slednji so v splošnem podali dobro samooceno varnosti in usposobljenosti, vendar dejavniki, kot so neizkušenost, neusposobljenost in nevarno delovno okolje, vplivajo na občutek varnosti in usposobljenosti zaposlenih v zdravstveni negi. V nadaljevanju bomo naše splošne zaključke podrobneje razložili.

Cilj 1: Ugotovitev razlik v odnosu do nasilnega vedenja pacientov glede na izbrane sociodemografske dejavnike zaposlenih

Višja stopnja izobrazbe ni povezana s samooceno varnosti (tabela 13). V nasprotju z našimi ugotovitvami Shiyab in sodelavci (2022) ugotavljajo, da je stopnja izobrazbe zaposlenih v zdravstveni negi povezana z njihovo samooceno varnosti. V raziskavi je bilo tudi zaznano, da je nizka samoocena varnosti povezana z zaposlenimi v zdravstveni negi, ki imajo magisterij ali doktorat. Dejavniki, ki vplivajo na nižjo samooceno varnosti, so občasna spremstva pacientov ali pogosto izvajanje psihiatrične patronažne zdravstvene nege na domu, aktivna vloga pri reševanju in odločanju v pravnih sporih (na primer med pacientom, ki se je vedel nasilno in zaposlenimi v zdravstveni negi) in pritiski (psihični, verbalni, fizični) ostalih zaposlenih v zdravstveni negi. Spet na drugi strani je mogoče iz raziskovanja Sato in Kodama (2021) razbrati, da sama formalna izobrazba ni tako odločilna pri samooceni varnosti, temveč je pomembnejša sama usposobljenost zaposlenih v zdravstveni negi. Iz slednje izvira tudi samozavest in občutek samoopolnomočenosti za delo s pacienti, saj usposobljeni zaposleni v zdravstveni negi vedo, katere tehnike in veščine uporabiti za prepoznavanje znakov nasilnega vedenja ter njegovem preprečevanju. Samoopolnomočenost izvira tudi iz okrepljene sposobnosti za kritično in samostojno razmišljanje, večje pripravljenosti k proaktivnemu sodelovanju v timu in na podlagi pridobljenih mehkih veščin. Avtorja Sata in Kodame (2021) pravita, da stopnjo izobrazbe v praksi razumemo tudi kot stopnjo sposobnosti (asertivnega) komuniciranja, razumevanja mehanizmov jeze in agresije in ohranjanja samozavedanja. Pri tem je ključna tudi prilagoditev komunikacije diagnozi pacienta, s katerim zaposleni v zdravstveni negi komunicira. Izhajajoč iz teh dejstev je skoraj nemogoče pričakovati, da bo zaposleni v zdravstveni negi pridobil vsa ta znanja skozi formalno izobrazbo, temveč jih bo pridobival z nadaljnjim usposabljanjem, medinstitucionalnim in multidisciplinarnim sodelovanjem. S tem se strinjajo tudi Krull in ostali (2019), ki pravijo, da poleg formalne oz. neformalne izobrazbe na samooceno varnosti vplivajo tudi osebne karakteristike zaposlenih v zdravstveni negi.

Samoocena usposobljenosti za delo s pacienti, ki se vedejo nasilno, s strani zaposlenih v zdravstveni negi je povezana s stopnjo izobrazbe (tabela 14). Tako smo dokazali, da višja stopnja izobrazbe vpliva tudi na višjo samooceno usposobljenosti. Temu dejstvu pritrjujejo tudi mednarodni raziskovalci (Wei, et al., 2016; Martinez, 2017; Hunter, et al., 2022), ki pravijo, da se z višjo izobrazbo poveča tudi usposobljenost zaposlenih v zdravstveni negi za delo s pacienti z nasilnim vedenjem. Avtorji (Wei, et al., 2016; Martinez, 2017; Hunter, et al., 2022) še posebej izpostavljajo študente zdravstvene nege oz. zaposlene v zdravstveni negi s specialnimi znanji na področju mentalnega zdravja, saj je bilo dokazano, da so ti manj dovzetni za pojavnost nasilnega vedenja, saj so tudi bolj ciljno usposobljeni za delo s pacienti, ki se vedejo nasilno. Tako lahko ugotovimo, da na samooceno usposobljenosti ne vpliva le formalno višja stopnja izobrazbe, temveč tudi izobrazba, ki je ožje usmerjena na neko področje, tj. področje mentalnega zdravja in psihiatrije. Pri tem Solorzano Martinez (2019) dodaja, da je pri usposabljanju potreben poudarek na simulacijah delovanja in komunikacije med zaposlenimi v zdravstveni negi in drugimi. To znanje mora biti aktualno in na dokazih podprto. Spet na drugi strani smo v naši raziskavi ugotovili, da so zaposleni v zdravstveni negi, ki imajo več delovnih izkušenj na področju zdravstvene nege v psihiatriji, manj izpostavljeni nasilju s strani pacientov (tabela 15 in 16). Pri tem torej prihajamo do navzkrižja ugotovitev, da so mlajši zaposleni veliko bolj usposobljeni za delo s pacienti, ki se vedejo nasilno, kot tisti, ki imajo več let delovnih izkušenj, pa vendar so bolj podvrženi nasilnemu vedenju pacientov kot mlajši zaposleni v zdravstveni negi. Iz tega lahko sklenemo, da zaposleni v zdravstveni negi tako v Sloveniji kot v svetu niso dovolj formalno usposobljeni za delo s pacienti, ki se vedejo nasilno, temveč se učijo o tem in pridobivajo večšine predvsem v kliničnem okolju. K temu v tujini pritrjuje več avtorjev (Cetinkaya, et al., 2018; Hashemi-Dermaneh, et al., 2019), ki pravijo, da mlajši zaposleni v zdravstveni negi iščejo načine za obvladovanje nasilnega vedenja na svetovnem spletu, ne pa v sodelovanju s timom zdravstvene nege, katerega del so. Zato Bitežnikova (2018) v slovenski raziskavi poudarja prav pomen skupinskega usposabljanja mlajših zaposlenih v zdravstveni negi, saj je tako mogoče boljša izmenjava mnenj in znanj z drugimi, pogosto izkušenejšimi sodelavci. Bitežnikova (2018) prav tako ugotavlja, da je izobraževanje po dokončanju formalne izobrazbe pomembno za osebni strokovni napredek, ki je predpogoj, da se vrzel med izkušnjami starejših in mlajših zaposlenih v zdravstveni negi zmanjša, tj. predpogoj

za zmanjšanje nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi z manj leti delovnih izkušenj. Pomembna je tudi ugotovitev, da so mlajši zaposleni v zdravstveni negi veliko bolj naklonjeni nadaljnjemu strokovnemu izobraževanju in usposabljanju na področju nasilnega vedenja pacientov kot starejši, za katere je značilno predvsem učenje na podlagi izkušenj in izmenjave znanj znotraj tima zdravstvene nege.

Kjellaas in sodelavci (2020) so pri proučevanju povezanosti med stopnjo izobrazbe in samooceno usposobljenosti ugotovili, da so aktivnosti in kompetence zaposlenih v napredni zdravstveni negi v kliničnem okolju slabo prepoznane. Tako v psihiatričnih bolnišničnih okoljih nastaja paradoks, saj zaposleni v zdravstveni negi z več kompetencami zapuščajo klinično okolje in se zaposlijo tam, kjer lahko svoje kompetence uporabljajo (na primer na univerzah in fakultetah). Zaradi tega prihaja tudi do večje pojavnosti nasilnega vedenja pacientov, saj zaposleni v zdravstveni negi s kompetencami ne morejo svojega znanja deliti naprej s tistimi, ki jih imajo manj (na primer zaposleni z srednjo ali visokošolsko izobrazbo). Andregård in Jangland (2015) opozarjata, da imajo zaposleni v zdravstveni negi z magistrsko izobrazbo najvišjo samooceno usposobljenosti, vendar jim pogosto vodje zdravstvene nege, zdravniki oz. najpogosteje sam menedžment ne dopušča prenosa svojih kompetenc na manj izobražene ali manj izkušene kolege. Hjelen in Sagbakken (2018) za to najbolj krivijo pomanjkanje organizacijske kulture, ki ne temelji na sprejemanju na dokazih podprte prakse, sistematizaciji, utemeljevanju in spoštovanju znanja, tj. kompetenc, ki jih zaposleni v zdravstveni negi z magisterijem posedujejo. Temu dejstvu v Sloveniji pritrjuje prav Kobentarjeva (2016), ki pravi, da je z višjo izobrazbo povezana tudi profesionalna vloga zaposlenih v zdravstveni negi, zato je pomembno zagotavljanje podpore pri izzivih znotraj kliničnih ustanov in zunaj njih, torej v sami skupnosti. Ob tem je pomembno spoznanje več tujih raziskovalcev (Cotterill-Walker, 2012; Zieber & Sedgewick, 2018; Baxter & Edvardsson, 2018), ki pravijo, da višja stopnja izobrazbe, najpogosteje magistrska, prinaša več samozavesti tako na profesionalni (strokovni, kompetenčni) kot tudi osebni ravni. To dejstvo se pripisuje usposobljenosti zaposlenih v zdravstveni negi za samostojno kritično razmišljanje pri obravnavi pacientov v psihiatričnem kliničnem okolju.

Večje število let delovnih izkušenj je povezano z manjšim pojavom verbalnega nasilja nad zaposlenimi s strani pacientov (tabela 15). Do podobnih ugotovitev so prišli tudi Schlup in sodelavci (2022), ki pravijo, da so zaposleni v zdravstveni negi, ki imajo več kot 20 let delovnih izkušenj, veliko manj dovzetni za pojav vseh vrst nasilnega vedenja pacientov. Poleg tega je bilo ugotovljeno, da imajo zaposleni v zdravstveni negi z manj kot sedmimi leti delovnih izkušenj največje tveganje za pojav nasilnega vedenja pacientov, še posebej verbalnega nasilja, kar je v skladu z ugotovitvami naše raziskave. Z našo raziskavo in dokazi Schlup in sodelavcev (2022) smo prav tako prišli do ugotovitev, da število let delovnih izkušenj ni tako močno povezano s pojavnostjo fizičnega in še posebej spolnega nasilnega vedenja s strani pacientov.

Pojavnost nasilnega vedenja pacientov se zmanjšuje z naraščanjem števila let delovnih izkušenj, pri čemer je to dejstvo povezano s kontinuiranim pridobivanjem novih znanj in veščin skozi leta. Ta so tudi temelj za zmanjšanje pojavnosti verbalne, fizične in spolne oblike nasilnega vedenja s strani pacientov. Vsaj tako pravijo Provost in drugi (2021), ki med veščine in ukrepe za zmanjšanje pojavnosti nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi prištevajo: (1) izobraževanje in izpopolnjevanje v specializiranih kliničnih okoljih (na primer v psihiatričnih bolnišnicah); (2) osredotočenost na pridobivanje veščin komuniciranja in izvajanja deeskalacijskih tehnik; (3) uveljavitev mentorstev (izkušenejši zaposleni v zdravstveni negi, katerih naloga je podajanje nasvetov, napotkov itn.); (4) ekipno usposabljanje in simulacije delovanja; (5) prilagajanje delovnih obremenitev glede na prevalenco nasilnega vedenja pacientov; (6) zagotavljanje zadostnega števila zaposlenih na oddelku in čustvena opora; (7) fizična podpora (ustrezna oprema, alarmi, varovanje); (8) podpora in neobtoževanje ob primeru nasilnega vedenja pacientov nad zaposlenimi v zdravstveni negi; (9) jasna in celovita politika obravnave incidenta na oddelku; (10) ustrezna organizacijska kultura in (11) korektivni ukrepi po incidentu. Pri tem Peterka Novak in Devjak (2020) dodajata še pomen uveljavitve modela rotacije, instrument, katerega namen je optimizacija kakovostnega in varnega dela zaposlenih v zdravstveni negi s krepitvijo (vodstvenih in strokovnih) kompetenc, ki so temelj za zmanjševanje verbalne, fizične in spolne oblike nasilnega vedenja.

Spol zaposlenih v zdravstveni negi je povezan s pojavnostjo verbalnega nasilja s strani pacientov (tabela 7). To je pomembna ugotovitev naše raziskave, ki prav tako ugotavlja, da se moški, zaposleni v zdravstveni negi, veliko bolj soočajo tako z verbalno kot tudi s fizično obliko nasilnega vedenja (tabela 7). Pojavnosti soočanja s spolno obliko nasilja s strani pacientov nismo dokazali (tabela 7). Do nasprotnih ugotovitev so prišli japonski raziskovalci – Fujimoto s sodelavci (2017), ki ugotavljajo, da med spolom in pojavnostjo verbalne, fizične in spolne oblike ni bilo mogoče dokazati pomembne povezanosti. Na drugi strani Hunter in sodelavci (2022) ugotavljajo, da so ženske, zaposlene v zdravstveni negi, dovzetnejše za pojav verbalnega nasilnega vedenja pacientov kot moški. Še posebej je pojavnost verbalne oblike nasilnega vedenja prisotna pri ženskah, ki imajo manj let delovnih izkušenj na področju zdravstvene nege. Menimo, da je to posledica pomanjkanja potrpežljivosti, tolerance, ignoriranja pacientovih sporočil in nestrpnosti. Poleg tega je področje duševnega zdravja precej zahtevno in predstavlja izziv za mlade, neizkušene zaposlene v zdravstveni negi, ki zahteva veliko empatije in veščin učinkovite verbalne ter neverbalne komunikacije s pacienti. Naše domneve potrjuje tudi Dunsford (2022). Jiao s sodelavci (2015) pravi, da med sociodemografskimi dejavniki, ki vplivajo na pojavnost nasilnega vedenja, ne prevladuje spol, temveč število let izkušenj na področju zdravstvene nege.

Cilj 2: Ugotovitev pomena nasilnega vedenja pacientov na občutke in delo zaposlenih v zdravstveni negi

Samoocena varnosti je povezana s stopnjo občutka ogroženosti zaposlenih v zdravstveni negi (tabela 18). Z drugimi besedami to pomeni, da se zaposleni, ki so v raziskavi podali nižjo oceno varnosti, bolj soočajo z večjim občutkom ogroženosti na svojem delovnem mestu, kar je pričakovana ugotovitev. Do takih spoznanj prihajajo tudi Motamed s sodelavci (2019), ki dodajajo, da zaposleni v zdravstveni negi nimajo nizke samoocene varnosti le zaradi nasilnega vedenja pacientov, temveč tudi zaradi nasilnega vedenja svojcev ali skrbnikov. Pri tem se zaposleni nenehno počutijo ogrožene zaradi strahu pred pravnimi posledicami, zato je na oddelkih nujno potrebna prisotnost usposobljenih zaposlenih v zdravstveni negi, varnostnikov ali uporabna tehnologija, ki zagotavlja zaposlenim občutek varnosti. Na drugi strani Laeeque in sodelavci (2018) sicer podpirajo

uvedbo alarmov in ukrepov na področju obvladovanja nasilnega vedenja pacientov, vendar poudarjajo, da je treba v kliničnih okoljih priti do srži občutka ogroženosti in nizke samoocene varnosti. Ugotovili so namreč, da so zaposleni v zdravstveni negi samo ljudje, ki tudi sami, ob nenehnem soočanju z nasilnim vedenjem pacientov, postanejo agresivni, sovražni ter imajo negativne občutke ogroženosti. Zato je pomembno, z namenom zmanjšanja nižjega občutka ogroženosti in zagotavljanja višje samoocene varnosti, zaposlene v zdravstveni negi, ki so pogosto del nasilnega vedenja pacientov, umakniti iz kliničnih oddelkov in jim zagotoviti sodelovanje v programih dobrega počutja in obvladovanja stresa. Prav iz slednjega izvira tudi izgorelost. Slednja je pogosto tudi razlog za odhod kadrov s področja zdravstvene nege, samo pomanjkanje kadra pa je tudi eden izmed dejavnikov večje prisotnosti nasilnega vedenja pacientov (Wang, et al., 2023; Chowdhury, et al., 2023; Janatolmakan, et al., 2023).

Podubinski in ostali raziskovalci (2017) so na podlagi intervjujev in psiholoških testov ugotovili, da je za zmanjševanje občutka ogroženosti pomembno poznavanje pacientovih osebnostnih lastnosti. Med slednje uvrščamo: pozitiven odnos do nasilja s strani pacientov, ponavljanje nasilnega vedenja in nasilnih scenarijev, jezo, neorganiziranost, razburjenost in pomanjkanje občutka varnosti. Zato je pomembno, da zaposleni v zdravstveni negi že na samem začetku, ob sprejemu, začnejo graditi odnos, ki temelji na spoštovanju, zaupanju, znanju in vključenosti pacienta v terapevtski proces. Prav ti dejavniki vplivajo na pacientov večji občutek varnosti, ki je temelj za sodelovanje z zaposlenimi v zdravstveni negi in zmanjšanje nasilnega vedenja pacientov v klinični obravnavi. S tem se strinjajo tudi Shafran Tikva in sodelavci (2017), ki opozarjajo, da razlogi, kot so nezadovoljstvo s kakovostjo izvedbe sprejema v psihiatrično okolje, pomanjkanje strokovnosti zaposlenih v zdravstveni negi in neprimerne pripombe ob sprejemu, znatno povečujejo verjetnost za nasilno vedenje pacienta ob sprejemu in v času terapevtskega procesa. Zato naj bodo zaposleni v zdravstveni negi pri svojem delu strokovni, objektivni in profesionalni pri obravnavi pacienta, ki je nasilen. Sama varnost in manjši občutek ogroženosti sta posredno povezana tudi s profesionalizmom v zdravstveni negi, ki je po Skela Savič (2016), v Sloveniji še vedno v zaostanku, saj je treba na področju zdravstvene nege in preprečevanja nasilnega vedenja pacientov uveljaviti še dosti naprednega znanja in z dokazi podprte prakse – iz tega izvira tudi

miselni premik zaposlenih v zdravstveni negi, ki je usmerjen v izvajanje kakovostne in varne zdravstvene nege v psihiatriji. Menimo, da se v prakso zdravstvene nege na področju duševnega zdravja prepočasi (ali sploh ne) uveljavljajo nova, napredna znanja, kar je med drugim tudi posledica nižje stopnje izobrazbe zaposlenih v zdravstveni negi na področju duševnega zdravja in psihiatrije (še vedno ima večina zaposlenih v zdravstveni negi srednješolsko izobrazbo). Zato je pomembno, da bolnišnice spodbujajo izobraževanja, zagotavljajo stimulatívno okolje za strokovno usposobljene in izkušene zaposlene v zdravstveni negi. Področje zdravstvene nege postaja vse kompleksnejše, zato je pomembno, da zaposleni v zdravstveni negi, tudi samoiniciativno, nenehno nadgrajujejo svoje znanje, saj le s kontinuiranim strokovnim izobraževanjem lahko zagotovijo varno, kakovostno in celostno obravnavo pacienta (Alshammari, et al., 2018).

Usposobljenost zaposlenih v zdravstveni negi za delo s pacienti, ki se vedejo nasilno, prinaša tudi večjo samozavest in manjši občutek ogroženosti pri zagotavljanju kakovostne in varne zdravstvene obravnave pacientov v psihiatričnem kliničnem okolju (tabela 19). To je pomembna ugotovitev, do katere prihajajo tudi Babanataj in sodelavci (2019) ter Bernburg in sodelavci (2019), ki med pozitivne posledice kontinuiranega usposabljanja upoštevajo, poleg manjšega občutka ogroženosti, tudi večšine uravnavanje čustvenega odziva na pacientovo nasilno vedenje, pojavnost poklicnega stresa ter samoučinkovitost. Ta spoznanja so zelo pomembna, saj so različne raziskave v praksi zdravstvene nege na področju duševnega zdravja zaznale slabo soočanje z nasilnim vedenjem pacientov, ki vodi do vse večje apatije med zaposlenimi v zdravstveni negi. Prav Yang in sodelavci (2018) opozarjajo, da se zaradi pomanjkljive usposobljenosti in negativnih čustev zaposleni v zdravstveni negi vse bolj zatekajo k prisilnim sredstvom za omejevanje gibanja pacientov (ta tudi vplivajo na večjo pojavnost negativnih občutkov), manj pa k izvajanju deeskalcijskih tehnik in samorefleksiji. Menimo, da se pojavljajo različne ovire, kot so – zaposleni v zdravstveni negi so preobremenjeni, utrujeni, izgoreli, soočajo se s slabimi medsebojnimi odnosi, izpostavljeni so mobingu in različnim pritiskom s strani nadrejenih. Navedeni dejavniki vodijo v apatijo zaposlenih v zdravstveni negi, kar zelo pogosto privede tudi k večji kadrovski fluktuaciji. To je treba nadomestiti, vendar menedžment pogosto ni zmožen tega narediti, zato prihaja do preobremenjenosti in izgorelosti (Tununu & Martin, 2020).

Jiang in drugi (2019) pišejo, da je usposobljenost zaposlenih v zdravstveni negi povezana s pojavom občutkov ogroženosti na delovnem mestu. Pri tem so ugotovili tudi, da poleg same usposobljenosti na manjši občutek ogroženosti vplivajo tudi boljša samoocena zdravja na delovnem mestu, število let delovnih izkušenj (več kot 20 let), višja plača, zaznana medsebojno spoštovanje s pacientom, usklajenost delovanja z zdravnikom in nenazadnje zadovoljstvo z delom. Na večji občutek ogroženosti vplivajo naslednji dejavniki: moški spol, število delovnih ur, ki presega 40 ur na teden, in pogosto soočanje z nasilnim vedenjem pacientov v zadnjih dvanajstih mesecih. Ta dognanja se skladajo tudi z našimi, saj smo v raziskavi ugotovili (tabela 7), da se moški, zaposleni v zdravstveni negi, pogosteje soočajo z nasilnim vedenjem pacientov, zato de Oliveira in sodelavci (2017) ter Yanchus in sodelavci (2017) priporočajo, da psihiatrične bolnišnice namenijo več pozornosti preučevanju zadovoljstva na delovnem mestu pri mlajših moških, ki poročajo o negativnih občutkih in nezadovoljstvu na delovnem mestu. Prav tako priporočajo aktivno in kontinuirano izvajanje promocije zdravja znotraj zdravstvenih zavodov, povečanje plač, krepitev spoštovanja profila zaposlenih v zdravstveni negi v družbi ter spodbujajo medbolnišnično sodelovanje pri ugotavljanju in načrtovanju ukrepov za zmanjšanje nasilnega vedenja pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi. S tem se strinjamo tudi avtorji raziskave, ki dodajamo, da je pomembno spodbujati okolje kulture varnosti, kar pomeni, da se ob nastanku incidenta v kliničnem okolju zaposlene v zdravstveni negi ne obtožuje, temveč se izvede analiza incidenta in na podlagi ugotovitev sprejmejo smernice za nadaljnje kakovostno, varno in celostno izvajanje zdravstvene nege. Tako se zaposlenim v zdravstveni negi sporoča, da se v kliničnem okolju ne išče krivca, temveč način, kako se izogniti nastanku nasilnega vedenja pacientov (Robida, 2013).

Pojavnost negativnih občutkov zaposlenih v zdravstveni negi je najbolj povezana s soočanjem spolne oblike nasilnega vedenja s strani pacientov (tabela 22). To lahko delno trdimo tudi za verbalno in fizično obliko nasilnega vedenja, čeprav povezanost med spremenljivkama ni tako močna kot pri spolni obliki nasilnega vedenja. Slednja, delna potrditev, ni bila ugotovljena pri raziskovalcih Kim in sodelavci (2021), ki pravijo, da so negativni občutki povezani izključno z verbalno obliko nasilnega vedenja do zaposlenih

v zdravstveni negi. Alemeddine in sodelavci (2015) se strinjajo z ugotovitvami Kim in sodelavcev (2021), pri čemer opozarjajo, da pojavnost verbalnega nasilja s strani pacientov še dodatno poveča izpostavljenost fizičnemu nasilju, kar prinaša dodatne negativne občutke pri zaposlenih v zdravstveni negi. Munro in Hope (2023) prav tako menita, da je pojavnost negativnih občutkov najbolj povezana z verbalno in fizično obliko nasilnega vedenja, pri čemer dodajata, da se zaradi tega povečuje verjetnost za izgorelost in občutek ogroženosti (zaposleni želijo zapustiti službo), ki smo ga prav tako preučevali v naši raziskavi. Havaei (2021) trdi, da so zaposleni v zdravstveni negi, ki so bili bodisi posredno bodisi neposredno udeleženi pri pojavu nasilnega vedenja pacientov, dva- do štirikrat dovzetnejši za pojav negativnih občutkov. Pri tem sta Herschovis in Barling (2010) že leta 2009 ugotovila, da so zaposleni v zdravstveni negi imeli veliko več negativnih občutkov po tem, ko so doživeli verbalno in/ali fizično nasilno vedenje s strani pacientov, kot če so doživeli spolni napad. Spet na drugi strani se raziskovalci Chang in Cho (2016) ter Havaei in MacPhee (2020) distancirajo od ugotovitev iz leta 2009, saj pravijo, tako kot naša raziskava, da so negativni občutki povezani izključno z verbalno in fizično obliko nasilnega vedenja s strani pacientov do zaposlenih v zdravstveni negi. To je pričakovana ugotovitev, saj tudi v naši raziskavi pojavnosti spolne oblike nasilnega vedenja pacientov skoraj nismo zaznali.

Cilj 3: Ugotovitev samoocene varnosti in usposobljenosti zaposlenih v zdravstveni negi v povezavi z nasilnim vedenjem pacientov

Stopnja soočanja z nasilnim vedenjem pacientov je povezana s samooceno varnosti zaposlenih v zdravstveni negi (tabela 23). To pomeni, da nižja stopnja soočanja z nasilnim vedenjem pacientov v kliničnem okolju prinaša višjo samooceno varnosti zaposlenih v zdravstveni negi. Ti rezultati so pričakovani, saj so nasilju na delovnem mestu bolj izpostavljeni člani negovalnega tima kot ostali profili v zdravstvu, ki niso neposredno vključeni v izvajanje zdravstvene nege in oskrbe. Podobno bi lahko rekli tudi za samooceno usposobljenosti, pri čemer je bila v raziskavi ugotovljena šibkejša povezanost med spremenljivkama kot pri sami samooceni varnosti (tabela 24). Z ugotovitvami naše raziskave se skladajo tudi spoznanja Tang in Thomson (2019), ki pravita, da bi morale zdravstvene ustanove za višjo samooceno varnosti skrbeti tudi za psihično zdravje

zaposlenih v zdravstveni negi. Problem namreč je, vsaj tako pravita avtorja, da zaposleni v zdravstveni negi s pojavnostjo nasilnega vedenja pacientov razvijejo tudi znake depresije in čustvenih motenj, ki se jih ne zavedajo, vendar vplivajo na občutek varnosti. Zato je priporočljivo, po Humphrey in sodelavcih (2015), da se zaposleni v zdravstveni negi nenehno usposabljujejo in udeležujejo delavnic, katerih namen je obravnava čustev, dvomov, občutkov nevarnosti in neusposobljenosti za delo in soočanje s pacienti z nasilnim vedenjem.

Torkarjeva s sodelavci (2022) in Švabova (2019) pišejo, da je treba za zmanjšanje nasilnega vedenja in posledično višjo samooceno varnosti izvajati aktivnosti, ki jih zaposleni v zdravstveni negi pridobivajo skozi usposabljanja. Tako slednji v pacientovo klinično življenje uvajajo delovne in izobraževalne dejavnosti, vzpostavljajo optimalno in rutinsko delovanje, jih vključujejo v socialno mrežo (skupnost) znotraj in zunaj psihiatrične bolnišnice ter ne nazadnje zagotavljajo kontinuirano zdravljenje, vodenje in podporo. Navedeni dejavniki so temeljni za zagotavljanje visoke samoocene varnosti zaposlenih v zdravstveni negi. S tem se strinjajo tudi Bregar in sodelavci (2018), ki pa na drugi strani poudarjajo pomen ukrepov pri zaposlenih v zdravstveni negi. Ti priporočajo, so zaposleni v zdravstveni negi opremljeni z jasnimi navodili in smernicami, ki so temelj za prepoznavanje, preprečevanje in obvladovanje nasilnega vedenja pacientov. Same smernice in postopki seveda niso vedno najbolj optimalni, saj so nekateri standardizirani za širšo populacijo, vendar je pomembno, tudi z namenom preprečevanja nasilnega vedenja pacientov, da zaposleni v zdravstveni negi opozorijo na te pomanjkljivosti, čeprav niso sami oblikovalci zdravstvenih politik, a to lahko tudi postanejo. Pri tem je potrebna samoiniciativnost in usmerjenost k reševanju dejanskega problema, torej problematike nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi s strani zaposlenih, in le k reševanju obstoječe situacije, ki je alarmantna. Pri tem pa ne gre prezreti tudi dognanj Pien in ostalih sodelujočih raziskovalcev (2019), ki poudarjajo, da na višjo samooceno varnosti in usposobljenosti vpliva manjša pojavnost nasilnega vedenja pacientov, ki je posledica urejenih psihosocialnih pogojev dela. Pri tem je zaskrbljujoča ugotovitev avtorjev raziskave ta, da na nižjo samooceno varnosti in usposobljenosti ne vpliva tako zelo nasilje s strani pacientov, temveč s strani kolegov, ostalih zaposlenih v zdravstveni negi.

3.5.1 Priporočilo za nadaljnje delo

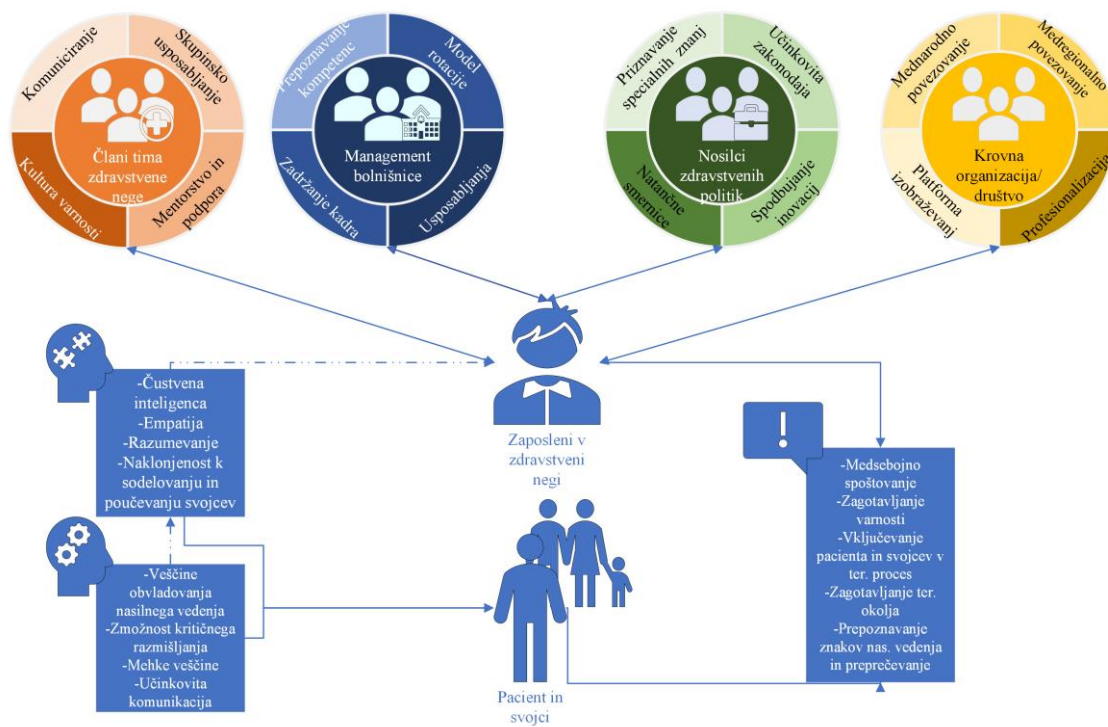
V raziskavi smo prišli do pomembnih zaključkov, ki so psihiatričnim bolnišnicam v veliko pomoč. Tako smo prepoznali povezanost nekaterih sociodemografskih dejavnikov s pojavnostjo nasilnega vedenja, pomembnost usposobljenosti za delo s pacienti, ki se vedejo nasilno, ter varnosti pri delu – bodisi v kliničnem okolju bodisi v skupnosti.

V nadaljevanju podajamo predloge za zmanjšanje pojavnosti nasilja v zdravstveni negi na področju psihiatrije. Pri tem so sami predlogi tudi odlična osnova za nadaljnje raziskovanje in proučevanje nasilja nad zaposlenimi v zdravstveni negi. Same predloge smo pripravili tudi v grafični obliki, kjer so prikazane tudi odvisnosti (slika 2).

- Model rotacije: model, v katerem zaposleni v zdravstveni negi rotirajo med oddelki (odprti, pod posebnim nadzorom, pedopsihiatrija, klinična psihiatrija, oddelki za zdravljenje odvisnosti od drog itd.). Z rotacijo zaposleni v zdravstveni negi pridobivajo nova znanja in veščine, spoznavajo organizacijsko kulturo posameznih dislociranih enot ter postajajo pripadnejši svojemu delodajalcu, saj se s spoznavanjem kolegov tudi bolj sprejme način dela in postane del tima. Rotacija se izvaja glede na potrebe in strategije klinike ter na dokazih podprte prakse.
- Mentorstvo in podpora: mentorstvo je še zlasti pomembno pri zaposlenih v zdravstveni negi, ki imajo manj let delovnih izkušenj, zato se prav z mentoriranjem zmanjšuje vrzel v znanju in usposobljenosti za delo s pacienti, ki se vedejo nasilno v kliničnem okolju ali skupnosti. Prav tako je pomembna podpora, še posebej ob pojavu incidenta, saj so takrat zaposleni v zdravstveni negi prestrašeni, jezni, se počutijo ogrožene, zato je pomembno skupinsko komuniciranje in sodelovanje pri preprečitvi podobnih dogodkov. Iz tega izvira tudi kultura varnosti, ki uči o tem, da se pri nastanku napak posameznika ne obtožuje, temveč se na posameznih primerih uči.
- Prepoznavanje specialnih znanj: žal je trenutna realnost zdravstvenega sistema in dela zaposlenih v zdravstveni negi ta, da se nova znanja pridobivajo skozi delo s pacienti. To dejstvo je deloma ustrezno, a naša in ostale raziskave so pokazale, da je treba sistemsko urediti specialna znanja na področju duševnega zdravja in psihiatrije, saj ta prinašajo tudi večjo usposobljenost za delo s pacienti, ki se

vedejo nasilno. Sedaj se zaposleni v zdravstveni negi učijo dodatnih, strokovnih znanj velikokrat prostovoljno, saj delodajalci nezadostno podpirajo oz. ne dajejo finančnih podpor k pridobivanju specialnih znanj. Pridobivanje teh je trenutno v Sloveniji možno na primer v krovni organizaciji (Zbornica-Zveza, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji). Prav tako se sedaj zaposleni v zdravstveni negi večinoma učijo od članov tima zdravstvene nege ali ob kliničnem mentorju.

- **Kakovostne smernice:** pri delu zaposlenih v zdravstveni negi so pomembne opredeljene smernice in priporočila za delo s pacienti, ki se vedejo nasilno. Pri tem je pomembno, da te smernice vključujejo na dokazih podprto prakso in so podprte z inovativnimi znanji. Izpostavili bi, da je pomembno, da pri pripravi smernic in priporočil sodelujejo tudi zaposleni v kliničnem in skupnostnem okolju, ne samo predavatelji, ki praviloma posedujejo le »teoretično« znanje. To se vse bolj udejanja tudi v praksi.
- **Izobraževalna matrika:** v raziskavi smo ugotovili, da so zaposleni v zdravstveni negi premalo usposobljeni, njihova varnost pa je povezana tudi s pojavnostjo nasilnega vedenja pacientov. Zato je pomembno, da tako krovne organizacije (na primer Zbornica-Zveza) kot tudi psihiatrične bolnišnice pripravijo izobraževanja na tem področju. Dodali bi, da so ta izobraževanja tudi asinhrona, kar je zelo pomembno, saj smo v zadnjih letih priča velikemu odlivu kadra iz zdravstvene nege.
- **Osebnostne lastnosti in veščine:** zaposleni v zdravstveni negi so najbolj odgovorni za uspešno terapevtsko zdravljenje pacientov, prepoznavanje in preprečevanje nasilnega vedenja pacientov. Zato je pomembno, da se v klinični in skupnostni praksi poudarja pomen čustvene inteligence, razumevanja pacienta in naklonjenost k sodelovanju (se ne podaja opazk in recimo nestrinjanje kaže z obrazno mimiko). Pri tem je ključna predpostavka za varno in terapevtsko okolje usposobljenost zaposlenih v zdravstveni negi za samostojno kritično razmišljanje, obvladovanje nasilnega vedenja pacientov, učinkovito komuniciranje in proaktivno vključevanje pacienta in svojcev v terapevtski proces.



Slika 2: Ukrepi za zmanjšanje nasilnega vedenja pacientov in odvisnosti

(Lasten vir, 2023).

3.5.2 Omejitve raziskave

V magistrskem delu smo naleteli na nekaj omejitev, in sicer: sama izvedba raziskave je bila kompleksna, saj smo jo izvedli v vseh psihiatričnih bolnišnicah, kar pomeni, da smo upoštevali vse zahteve bolnišnic. Poleg tega je bil odziv anketirancev slab, zato smo jih tudi večkrat prijazno pozvali k reševanju, vendar večje odzivnosti ni bilo. Menimo, da so razlogi za osip naslednji:

- nezanimanje za sodelovanje v raziskavah;
- kompleksnost in obširnost vprašalnika;
- nezanimiva tematika raziskave, saj večina zaposlenih v zdravstveni negi še vedno meni, da je nasilje na delovnem mestu »del službe«;
- slaba promocija sodelovanja v raziskavi s strani nadrejenih, saj ti bodisi ne vidijo pomena raziskovanja bodisi ne želijo še dodatno obremenjevati svojih podrejenih (ni delovna obveza).

Menimo, da je v slovenskem znanstvenoraziskovalnem okolju veliko literature na področju proučevanja nasilnega vedenja pacientov, vendar pa predvsem primanjkuje konkretnih rešitev za zmanjševanje nasilja.

Kar se tiče števila zaposlenih v zdravstveni negi, vključenih v raziskavo in primerjavo med njimi glede na bolnišnico, so bile bolnišnice različno velike, zato bi bila primerjava med bolnišnicami težje izvedljiva.

4 ZAKLJUČEK

Varnost zaposlenih v zdravstveni negi ni samoumevna, saj so ti v nenehnem stiku s pacienti, ki so pogosto, če želijo pokazati svoje nestrinjanje, nasilni. Pri tem nasilje ne pomeni le, če pacient udari zaposlenega v zdravstveni negi, temveč se pacient vede nasilno že takrat, ko s povzdignjenim glasom ne odobrava odločitve zaposlenih v zdravstveni negi. Pa vendarle, če pride do prvega ali drugega, so zaposleni v zdravstveni negi usposobljeni za prepoznavanje, preprečevanje in omejevanje nasilnega vedenja pacientov. Usposobljenost zaposlenih v zdravstveni negi temelji predvsem na lastnih izkušnjah, kar ni povsem ustrezno, saj bi morali ti nova znanja pridobivati kontinuirano skozi strokovna izobraževanja, s povezovanjem s kolegi iz ostalih psihiatričnih bolnišnic ali referenčnih ambulant itd. V zadnjem času se poudarja tudi pomen specialnih znanj tudi na področju duševnega zdravja in psihiatrije, ki si šele utrjujejo strokovno veljavo in mesto v procesu strokovnega izpopolnjevanja.

V zadnjih letih prihaja do večjega števila odhodov zaposlenih v zdravstveni negi iz psihiatričnih bolnišnic v druga delovna okolja (zdravstveni domovi, trgovine, podjetništvo). Razlogov za to je mnogo: prenizka plača, pomanjkanje vodstvenih sposobnosti nadrejenih, slabi delovni pogoji, medsebojni odnosi in nenehno soočanje z nasilnim vedenjem pacientov, poleg ostalih razlogov. Žal v slovenskem psihiatričnem okolju zdravstvene nege obstaja verjetnost, da bo zaposleni v zdravstveni negi, ki je bil vpleten v nasilno vedenje pacienta, obravnavan na način, da je svoje delo opravil strokovno neustrezno. Izziv postane še večji, če se podobni dogodki ponavljajo, saj to pomeni, da komunikacije znotraj timov zdravstvene nege ni ali pa dokumentiranje o incidentu ne obstaja, zato korektivnih ukrepov niti ne more biti, pa čeprav bi že manjše spremembe prinesle velike spremembe. Med slednje vključujemo usposabljanje zaposlenih v zdravstveni negi z manj izkušnjami s strani bolj izkušenih (mentoriranje), večjo vključenost zaposlenih v zdravstveni z več leti delovnih izkušenj pri obravnavi izrazito agresivnih pacientov, spodbujanje zaposlenih v zdravstveni negi k dodatnemu formalnemu izobraževanju, spodbujanje podajanja predlogov za spremembe načinov ter postopkov dela, predstavljanje primerov na skupnih sestankih z zaposlenimi in v zdravstvenem timu, supervizijo in podobno. Zato je naloga menedžmenta, da spodbuja

dobre kadre in zagotavlja varno delovno okolje, kar je ključno za strokovno, kakovostno, učinkovito ter varno oskrbo pacientov. Pri tem je pomembno, da se v psihiatričnih kliničnih okoljih vzpostavi pozitivna organizacijska kultura, ki spodbuja izvajanje delavnic za boljše počutje, rekreacijo, subvencioniranje izobraževanj in usposabljanj ter krepi medsebojno sodelovanje. Ključno je, da menedžment skrbi tudi za duševno zdravje in dobro počutje ter preprečuje dejavnike izgorelosti zaposlenih v zdravstveni negi.

Menedžment psihiatričnih bolnišnic bo moral v prihodnje zaposlenim v zdravstveni negi nuditi varnejše delovno okolje, ob tem pa vzpostaviti tako organizacijsko kulturo, ki bo slonila na sodelovanju, strpnosti, usposabljanju in analizi nasilnih dogodkov brez obtoževanja ter iskanja krivca. Pri tem bodo morale psihiatrične bolnišnice z zaposlenimi v zdravstveni negi najti skupno pot, ki bo izpolnjevala potrebe bolnišnic (na primer več kadra na določenih oddelkih) in želje zaposlenih v zdravstveni negi (na primer preusmeritev na ožja področja dela v duševnem zdravju in psihiatriji).

Kljub temu da smo avtorji raziskave preučevali občutke zaposlenih v zdravstveni negi, ki vplivajo na njihovo samooceno varnosti, bi bilo smotrno preučiti tudi občutke pacientov, ki se vedejo nasilno in posledično vplivajo na samooceno varnosti zaposlenih v zdravstveni negi. V prihodnosti bi bilo smiselno preučiti prevalenco internega nasilja med zaposlenimi v zdravstveni negi tako v psihiatričnih zdravstvenih zavodih kot tudi ostalih zdravstvenih zavodih, ki spadajo v slovenski zdravstveni sistem.

5 LITERATURA

Abbe, J.R. & O'Keeffe, C., 2021. Continuous video monitoring, implementation strategies for safe patient care and identified best practices. *Journal of Nursing Care Quality*, 36(2), pp. 137-142.

Alemeddine, M., Mourad, Y. & Dimassi, H., 2015. A national study on nurses' exposure to occupational violence in Lebanon: prevalence, consequences and associated factors. *PLoS One*, 10(9), pp. 1-15.

Alshammari, K.F., McGarry, J. & Higginbottom, G.M.A., 2018. Nurse education and understanding related to domestic violence and abuse against women: An integrative review of the literature. *Nursing Open*, 5(3), pp. 237-253.

Ameti, M., 2015. *Varnost zaposlenih v zdravstveni negi s področja psihiatrije: oblike nasilnega vedenja do zaposlenih v zdravstveni negi: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Ameti, M., 2017. *Varnost zaposlenih v psihiatrični zdravstveni negi - vrste in oblike nasilnega vedenja do zaposlenih v zdravstveni negi: raziskovalni projekt visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje Zdravstvena nega*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Ameti, M., 2019. Interdisciplinarni pristop kot sestavni in bistveni del razvoja duševnega zdravja mednarodne skupnosti. In: T. Štemberger Kolnik, S. Majcen Dvoršak, A. Kvas & A. Prelec, eds. *12. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Medicinske sestre in babice, zagovornice zdravja za vse: zbornik predavanj z recenzijo*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 163-167.

Amiri, M., Khademian, Z. & Nikandish, R., 2018. The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: a randomized controlled trial. *BMC Medical Education*, 18, pp. 1-8.

Andregård, A.-C. & Jangland, E., 2015. The tortuous journey of introducing the nurse practitioner as a new member of the healthcare team: a meta-synthesis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(1), pp. 3-14.

Arotimi, M., 2019. *Prevention and management of aggression and violence in mental health settings*. Minneapolis, Minnesota: Walden University.

Babanataj, R., Mazdarani, S., Hesamzadeh, A., Gorji, M.H. & Cherati, J.Y., 2019. Resilience training: effects on occupational stress and resilience of critical care nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 25(1), p. 12697.

Bartolomé, L.-E., Sánchez-Munoz, M., Ruiz-Hernández, J.A. & Jiménez-Barbero, J.A., 2017. User violence towards nursing professionals in mental health services and emergency units. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 9(1), pp. 33-40.

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

Başoğul, C., Arabaci, L.B., Büyükbayram, A., Aktaş, Y. & Uzunoğlu, G., 2019. Emotional intelligence and personality characteristics of psychiatric nurses and their situations of exposure to violence. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(2), pp. 255-261.

Baxter, R. & Edvardsson, D., 2018. Impact of a critical care postgraduate certificate course on nurses' self-reported competence and confidence: a quasi-experimental study. *Nurse Education Today*, 65, pp. 156-161.

Bernburg, M., Groneberg, D.A. & Mache, S., 2019. MentalHealth promotion intervention for nurses working in German psychiatric hospital departments: a pilot study. *Issues in Mental Health Nursing*, 40(8), pp. 706-711.

Bitežnik, N., 2018. *Pomen izobraževanja in usposabljanja v zdravstveni negi po zaključenem formalnem izobraževanju: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

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

Bole, U., 2017. Uveljavljanje ničelne tolerance do nasilja v zdravstvenem sistemu. In: D. Loncnar & B. Bregar, eds. *Zagotavljanje delovnega okolja brez nasilja za zaposlene in paciente v zdravstvenem sistemu »Ničelna toleranca do nasilja« : zbornik strokovnih prispevkov z recenzijo. Otočec, 9. in 10. oktober 2017*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 5-9.

Bregar, B., 2017. Pojavnost nasilja v zdravstvenem sistemu. In: D. Loncnar & B. Bregar, eds. *Zagotavljanje delovnega okolja brez nasilja za zaposlene in paciente v zdravstvenem sistemu »Ničelna toleranca do nasilja« : zbornik strokovnih prispevkov z recenzijo. Otočec, 9. in 10. oktober 2017*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 1-4.

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

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

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

Campbell, V.L.S., Foley, H.L., Vianna, K.W. & Brunger, F., 2019. Folie du système? Preventing violence against nurses in in-patient psychiatry. *Psychiatric Quarterly*, 90, pp. 413-420.

Cetinkaya, F., Dur, N., Akbulut, Z., Eryalcin, O. & Korkmaz, M., 2018. Evaluation of the violence experienced by nurses of different generations and their strategies for coping with the stress resulting from violence. *International Journal of Caring Science*, 11(3), 1756-1762.

Chang, H.E. & Cho, S.-H., 2016. Workplace violence and job outcomes of newly licensed nurses. *Asian Nursing Research*, 10(4), pp. 271-276.

Chemali, Z., Ezzeddine, F.L., Gelaye, B., Dossett, M.L., Salameh, J., Bizri, M., Dubale, B. & Fricchione, G., 2019. Burnout among healthcare providers in the complex environment of the Middle East: a systematic review. *BMC Public Health*, 19, p. 1337.

Chowdhury, S.R., Kabir, H., Akter, N., Iktidar, M.A., Roy, A.K., Chowdhury, M.R. & Hossain, A., 2023. Impact of workplace bullying and burnout on job satisfaction among Bangladeshi nurses: a cross-sectional study. *Heliyon*, 9(2), pp. 1-12.

Cooper, D. R. & Schindler, P. S., 2014. *Business research methods*. New York: McGraw Hill.

Cotterill-Walker, S.M., 2012. Where is the evidence that master's level nursing education makes a difference to patient care? A literature review. *Nurse Education Today*, 32(1), pp. 57-64.

Cranage, K. & Foster, K., 2022. Mental health nurses' experience of challenging workplace situations: a qualitative descriptive study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(3), pp. 665-676.

Čelofiga, A. & Koprivšek, J., 2018. *Osnove deeskalacijskih tehnik - priročnik za učenje in trening*. Ljubljana: Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu.

Černoga, A., Dernovšek, M.Z. & Gomišček, B., 2015. Dokumentiranje incidentov v psihiatrični zdravstveni negi. In: N. Kregar Velikonja, M. Blažič, eds. *Celostna obravnava pacienta v zdravstvenem in socialnem varstvu: zbornik prispevkov*. Novo mesto, 14. november 2014. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 97-107.

de Looff, P., Nijman, H., Didden, R. & Embregts, P., 2018. Burnout symptoms in forensic psychiatric nurses and their associations with personality, emotional intelligence and client aggression: a cross-sectional study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(8), pp. 506-516.

de Oliveira, D.R., Griep, R.H., Portela, L.F. & Rotenberg, L., 2017. Intention to leave profession, psychosocial environment and self-rated health among registered nurses from large hospitals in Brazil: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 17, pp. 1-10.

Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi pri Zbornici zdravstvene in babiške nege Slovenije, 2010. *Protokol obravnave trpinčenja, spolnega in drugega nadlegovanja na delovnem mestu ali v zvezi z delom nad zaposlenimi v zdravstveni in babiški negi (ZBN)*. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Drori, T., Guetta, H., Ben Natan, M. & Polakevich, Y., 2017. Patient violence toward psychiatric health care workers in Israel as viewed through incident reports. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 23(2), pp. 143-148.

Dunsford, J., 2022. Nursing violent patients: vulnerability and the limits of the duty to provide care. *Nursing Inquiry*, 29(2), pp. 1-6.

Ehn, M., Richardson, M.X., Stridsberg, S.L., Redekop, K. & Wamala-Andersson, S., 2021. Mobile safety alarms based on GPS technology in the care of older adults: systematic review of evidence based on a general evidence framework for digital health technologies. *Journal of Medical Internet Research*, 23(10), pp. 1-20.

Fouad, A.A., Osman, M.A., Abdelmonaem, Y.M.M. & Abdel Karim, N.A.H., 2023. Awareness, knowledge, attitude, and skills of telemedicine among mental healthcare providers. *Middle East Current Psychiatry*, 30, pp. 1-15.

Fujimoto, H., Hirota, M., Kodama, T., Greiner, C. & Hashimoto, T., 2017. Violence exposure and resulting psychological effects suffered by psychiatric visiting nurses in Japan. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(8), pp. 638-647.

Goedhart, N.S., van Oostveen, C.J. & Vermeulen, H., 2017. The effect of structural empowerment of nurses on quality outcomes in hospitals: a scoping review. *Journal of Nursing Management*, 25(3), pp. 194-206.

Haig, S. & Hallett, N., 2022. Use of sensory rooms in adult psychiatric inpatient settings: A systematic review and narrative synthesis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 32(1), pp. 54-75.

Hashemi-Dermaneh, T., Masoudi-Alavi, N. & Abedzadeh-Kalahroudi, M., 2019. Nurses' experiences of workplace violence in Kashan/Iran: A qualitative content analysis. *Nursing and Midwifery Studies*, 8(4), pp. 203-209.

Havaei, F., 2021. Does the type of exposure to workplace violence matter to nurses' mental health? *Healthcare*, 9, pp. 1-11.

Havaei, F. & MacPhee, M., 2020. Effect of workplace violence and psychological stress responses on medical-surgical nurses' medication intake. *Canadian Journal of Nursing Research*, 53(2), pp. 134-144.

Herschovis, M.S. & Barling, J., 2010. Towards a multi-foci approach to workplace aggression: A meta-analytic review of outcomes from different perpetrators. *Journal of Organizational Behavior*, 31(1), pp. 24-44.

Hjelen, W. & Sagbakken, M., 2018. Surgical nurses lack the time and competence to work in an evidencebased manner. *Sykepleien Forskning*, 13(69422), pp. 1-15.

Humphrey, R.H., Ashforth, B.E. & Diefendorff, J.M., 2015. The bright side of emotional labor. *Journal of Organizational Behavior*, 36(6), pp. 749-769.

Hunter, E.J., Eades, C.E., Evans, J.M.M., 2022. Violence experienced by undergraduate nursing students during clinical placements: An online survey at a Scottish University. *Nurse Education in Practice*, 61, pp. 1-5.

Isaak, V., Vashdi, D., Bar-Noy, D., Kostisky, H., Hirschmann, S. & Grinshpoon, A., 2016. Enhancing the safety climate and reducing violence against staff in closed hospital wards. *Workplace Health & Safety*, 65(9), pp. 409-416.

Itzhaki, M., Bluvstein, I., Peles Bortz, A., Kostistky, H., Bar Noy, D., Filshtinsky, V. & Theilla, M., 2018. Mental health nurse's exposure to workplace violence leads to job stress, which leads to reduced professional quality of life. *Frontiers in Psychiatry*, 9, p. 59.

Jang, S.J., Son, Y.-J. & Lee, H., 2022. Prevalence, associated factors and adverse outcomes of workplace violence towards nurses in psychiatric settings: A systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(3), pp. 450-468.

Jenkin, G., Quigg, S., Paap, H., Cooney, E., Peterson, D. & Every-Palmer, S., 2022. Places of safety? Fear and violence in acute mental health facilities: A large qualitative study of staff and service user perspectives. *PLoS ONE*, 17(5), pp. 1-22.

Jenko, Š., 2018. *Vidik sodnega varstva na delovnih mestih na področju zdravstvene nege: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Jiang, F., Zhou, H., Rakofsky, J., Hu, L., Liu, T., Wu, S., Liu, H., Liu, Y. & Tang, Y., 2019. Intention to leave and associated factors among psychiatric nurses in China: a nationwide cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 94, pp. 159-65.

Jiao, M., Ning, N., Li, Y., Gao, L., Cui, Y., Sun, H., Kang, Z., Liang, L., Wu, Q. & Hao, Y., 2015. Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 5, pp. 1-9.

Johannessen, T.B., Storm, M. & Holm, A.L., 2019. Safety for older adults using telecare: Perceptions of homecare professionals. *NursingOpen*, 6(3), pp. 1254-1261.

Janatolmakan, M., Abdi, A., Rezaeian, S., Nasab, N.F. & Khatony, A., 2023. Violence against emergency nurses in Kermanshah-Iran: prevalence and associated factors. *Nursing Research and Practice*, 2023, pp. 1-8.

Kelly, E.L., Fenwick, K., Brekke, J.S. & Novaco, R.W., 2016. Well-being and safety among inpatient psychiatric staff: the impact of conflict, assault, and stress reactivity. *Administration And Policy In Mental Health*, 43(5), pp. 703-716.

Kim, S., Lynn, M.R., Baernholdt, M., Kitzmiller, R. & Jones, C.B., 2023. How does workplace violence-reporting culture affect workplace violence, nurse burnout, and patient safety? *Journal of Nursing Care Quality*, 38(1), pp. 11-18.

Kim, S., Mayer, C. & Jones, C.B., 2021. Relationships between nurses' experiences of workplace violence, emotional exhaustion and patient safety. *Journal of Research in Nursing*, 26(1-2), pp. 35-46.

Kjellaas, S., Fredheim, G. & Larsen Moen, O., 2020. Registered nurses' experiences with master's degree competence in the specialist health service: a qualitative descriptive study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 40(4), 221-228.

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

Kobentar, R., 2016. Samoocena kompetentnosti pri delu z obolelimi za demenco - rezultati pilotskega preizkusa. In: B. Skela Savič & S. Hvalič Touzery, eds. *Medpoklicno in medsektorsko povezovanje za razvoj kakovostne in odzivne zdravstvene obravnave: 9. mednarodna znanstvena konferenca. Bled, 9. junij 2016*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo, pp. 135-143.

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi, 2014. Uradni list Republike Slovenije, št. 52/14.

Krull, W., Gusenius, T.M., Germain, D., & Schnepfer, L., 2019. Staff perception of interprofessional simulation for verbal de-escalation and restraint application to mitigate violent patient behaviors in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*, 45(1), pp. 24-30.

Laeque, S.H., Bilal, A., Hafeez, A. & Khan, Z., 2018. Violence breeds violence: burnout as a mediator between patient violence and nurse violence. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 25(4), pp. 604-613.

Laker, C., Cella, M., Callard, F. & Wykers, T., 2019. The impact of ward climate on staff perceptions of barriers to research-driven service changes on mental health wards: a cross-sectional study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(3), pp. 281-95.

Lantta, T., Anttila, M., Kontio, R., Adams, C.E. & Välimäki, M., 2016. Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: a focus group study. *International Journal of Mental Health Systems*, 10, p. 27.

Lapanja, A., 2018. Nurse-patient therapeutic relationship as a cornerstone for creating safety culture. In: B. Andersen, ed. *Horatio european congress in the Faroe Islands: programme and abstract book. Faroe Island, 10. - 12. maj 2018*. Faroe Island: Horatio European Psychiatric Nurses, p. 49.

Leskovic, L., 2022. Zagotavljanje kakovosti v zdravstveni negi. *Revija za zdravstvene vede*, 9(1), pp. 30-40.

Lindberg, M.H., Samuelsson, M., Perseius, K.-I. & Björkdahl, A., 2019. The experiences of patients in using sensory rooms in psychiatric inpatient care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(4), pp. 930-939.

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

Lovrečič, M., Lovrečič, B., Uršič Polh, A., Kopčavar Guček, N., Tavčar, R. & Dernovšek, M. Z., 2019. *Priporočila za preprečevanje nasilnih incidentov: okvirne usmeritve za zaščito zdravništva na delovnem mestu*. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije.

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 Scholarship*, 46(5), pp. 366-76.

Martinez, A.J.S., 2017. Implementing a workplace violence simulation for undergraduate nursing students: a pilot study. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55(10), pp. 39-44.

Matič, L., 2019. Medpoklicno sodelovanje - predstavitev projekta simulacije v zdravstvu, zaščiti in reševanju. In: T. Štemberger Kolnik, S. Majcen Dvoršak, A. Kvas & A. Prelec, eds. *12. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije. Medicinske sestre in babice, zagovornice zdravja za vse: zbornik predavanj z recenzijo*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 245-250.

Melnyk, B.M., Gallagher-Ford, L., Thomas, B.K., Troseth, M., Wyngarden, K. & Tamp Szalacha, L., 2016. A study of chief nurse executives indicates low prioritization of evidence-based practice and shortcoming in hospital performance metrics across the United States. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(1), pp. 6-14.

Mohamad, O., AlKhoury, N., Abdul-Baki, M.-N., Alsalkini, M. & Shaaban, R., 2021. Workplace violence toward resident doctors in public hospitals of Syria: prevalence, psychological impact, and prevention strategies: a cross-sectional study. *Human Resources for Health*, 19, pp. 1-11.

Motamed, M., Yahyavi, S.T., Sharifi, V., Alaghand-rad, J. & Aghajannashtaei, F., 2019. Emergency psychiatric services in Roozbeh Hospital: a qualitative study of the staff's experiences. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(2), pp. 249-254.

Munro, C.L. & Hope, A.A., 2023. New year's resolution: stop the violence. *American Journal of Critical Care*, 32(1), pp. 4-6.

Napoli, G., Cannone, M., Garzitto, M., Colizzi, M. & Balestrieri, M., 2023. Prevalence and risk factors for absconding from an open-door, no-restraint inpatient psychiatric unit: a single-center study in Italy. *Behavioral Sciences*, 13(1), pp. 1-6.

National Institute for Occupational Safety & Health - NIOSH, 2014. *Violence occupational hazards in hospitals*. [online]. Available at: [https://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-](https://www.cdc.gov/niosh/docs/2002-101/default.html#What%20is%20workplace%20violence?)

101/default.html#What%20is%20workplace%20violence? [Accessed 15 January 2023].

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

Novak Grubič, V., Bon, J. & Novak Šarotar, B., 2018. *Priporočila in smernice za uporabo posebnih varovalnih ukrepov v psihiatriji*. Ljubljana: Združenje psihiatrov pri Slovenskem zdravniškem društvu.

Oblak, T. & Skela-Savič, B., 2017. Odnos zaposlenih v operacijski zdravstveni negi do usposabljanja novozaposlenih na delovnem mestu: primer ene organizacije. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(3), pp. 190-206.

Odbor Združenih narodov za človekove pravice, 2017. *Mental health and human rights*. New York: United Nations General Assembly.

Oud, N., 2000. *Aggressions-Wahrnehmungs-Skala - POPAS Fragebogen*. Amsterdam. [online]. Available at: http://gesundheitsdienstportal.de/risiko-uebergreif/infoplus/6_4_3b.pdf. [Accessed 25 May 2020].

Olashore, A.A., Akanni, O.O. & Ogundipe, R.M., 2018. Physical violence against health staff by mentally ill patients at a psychiatric hospital in Botswana. *BMC Health Services Research*, 18(1), p. 362.

Paguio, J.T., Fung Yu, D.S. & Su, J.J., 2020. Systematic review of interventions to improve nurses' work environments. *Journal of Advanced Nursing*, 76(10), pp. 2471-2493.

Peng, L., Kai, X., Hong, Q., Huiying, F., Hongkun, M., Mingli, J., Yanhua, H., Ye, L., Libo, L., Lijun, G., Zheng, K., Yu, C., Hong, S., Qunhong, W. & Ming, L., 2018. Psychological violence against general practitioners and nurses in Chinese township hospitals: incidence and implications. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16, p. 117.

Peterka Novak, J., 2016. Gradnja strokovnih zmogljivosti zaposlenih v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 50(1), pp. 65-75.

Peterka Novak, J. & Devjak, S., 2020. Rotation management model in nursing. *Limes plus*, 17(1), pp. 29-50.

Pien, L.C., Cheng, Y. & Cheng W.J., 2019. Internal workplace violence from colleagues is more strongly associated with poor health outcomes in nurses than violence from patients and families. *The Journal of Advanced Nursing*, 75(4), pp. 793-800.

Podubinski, T., Lee, S., Hollander, Y. & Daffern, M., 2017. Patient characteristics associated with aggression in mental health units. *Psychiatry Research*, 250, pp. 141-145.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2018. *Essentials of nursing research: apprising evidence for nursing practice*. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health

Power, T., Geia, L., Adams, K., Drummond, A., Saunders, V., Stuart, L., Deravin, L., Tuala, M., Roe, Y., Sherwood, J., Rowe Minniss, F. & West, R., 2021. Beyond 2020: addressing racism through transformative indigenous health and cultural safety education. *Journal of Clinical Nursing*, 30(7-8), pp. 32-35.

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

Provost, S., MacPhee, M., Daniels, M.A., Naimi, M. & McLeod, C., 2021. A realist review of violence prevention education in healthcare. *Healthcare*, 9, pp. 1-15.

Psihiatrična bolnišnica Begunje, 2018. *Letno poročilo javnega zdravstvenega zavoda Psihiatrična bolnišnica Begunje 2017*. Begunje na Gorenjskem: Psihiatrična bolnišnica Begunje.

Psihiatrična bolnišnica Idrija, 2018. *Poslovno poročilo 2017*. Idrija: Psihiatrična bolnišnica Idrija.

Psihiatrična bolnišnica Ormož, 2018. *Letno poročilo Psihiatrične bolnišnice Ormož za leto 2017*. Ormož: Psihiatrična bolnišnica Ormož.

Psihiatrična bolnišnica Ormož, 2020. *Letno poročilo Psihiatrične bolnišnice Ormož za leto 2019*. Ormož: Psihiatrična bolnišnica Ormož.

Psihiatrična bolnišnica Vojnik, 2018. *Letno poročilo za leto 2017*. Vojnik: Psihiatrična bolnišnica Vojnik.

Psihiatrična bolnišnica Vojnik, 2020. *Letno poročilo za leto 2019*. Vojnik: Psihiatrična bolnišnica Vojnik.

Ridenour, M., Lanza, M., Hendricks, S., Hartley, D., Rierdan, J., Zeiss, R. & Amandus, H., 2015. Incidence and risk factors of workplace violence on psychiatric staff. *Work*, 51(1), pp. 19-28.

Robida, A., 2013. Zaznavanje kulture varnosti pacientov v slovenskih akutnih bolnišnicah. *Zdravniški vestnik*, 82(10), pp. 648-660.

Rodrigues Pereira, C.A., Borgato, M.H., Barreto Colichi, R.M. & Mangini Bocchi, S.C., 2019. Institutional strategies to prevent violence in nursing work: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), pp. 1052-1060.

Sato, K. & Kodama, Y., 2021. Nurses' educational needs when dealing with aggression from patients and their families: a mixed-methods study. *BMJ Open*, 11, pp. 1-9.

Schlup, N., Gehri, B. & Simon, M., 2022. Prevalence and severity of verbal, physical, and sexual inpatient violence against nurses in Swiss psychiatric hospitals and associated nurse-related characteristics: cross-sectional multicentre study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30, pp. 1550-1561.

Schober, M., Lehwaldt, D., Rogers, M., Steinke, M., Turale, S., Pulcini, J., Roussel, J. & Stewart, D., 2020. *Smernice o napredni zdravstveni negi 2020*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Selič, P. & Križanec, Š., 2017. *Kvantitativne metode raziskovanja*. [online] Available at: https://www.mf.uni-lj.si/application/files/8215/3843/6179/8_selic.pdf [Accessed 20 January 2023].

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

Sharifi, S., Shahoei, R., Nouri, B., Almvik, R. & Valiee, S., 2020. Effect of an education program, risk assessment checklist and prevention protocol on violence against emergency department nurses: a single center before and after study. *International Emergency Nursing*, 12, p. 100813.

Shi, L., Li, G., Hao, J., Wang, W., Chen, W., Liu, S., Yu, Z., Shi, Y., Ma, Y., Fan, L., Zhang, L. & Han, X., 2020. Psychological depletion in physicians and nurses exposed to workplace violence: A cross-sectional study using propensity score analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 103, p. 103493.

Shiyab, A., Ababneh, R.I., Shyyab, Y., 2022. Causes of workplace violence against medical staff as perceived by physicians and nurses in Jordanian public hospitals. *International Journal of Workplace Health Management*, 15(5), pp. 590-608.

Skela-Savič, B., 2016. Professionalism in nursing: what is its current level in Slovenia? *Obzornik zdravstvene nege*, 50(1), pp. 4-9.

Slemon, A., Jenkins, E. & Bungay, V., 2017. Safety in psychiatric inpatient care: the impact of risk management culture on mental health nursing practice. *Nursing Inquiry*, 24(4), pp. 1-10.

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

Solorzano Martinez, A.J., 2019. Enhancing nursing students' competency skills with a workplace violence nursing simulation: translating knowledge into practice. *SAGE Open Nursing*, 5, pp. 1-9.

Steven Koh, W.M., 2016. Management of work place bullying in hospital: a review of the use of cognitive rehearsal as an alternative management strategy. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(2), pp. 213-222.

Stevenson, K.N., Jack, S.M., O'Mara, L. & LeGris, J., 2015. Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. *BioMed Central Nursing*, 14, p. 35.

Svet Organizacije združenih narodov za človekove pravice, 2017. *Poročilo visokega komisarja Organizacije združenih narodov za človekove pravice - duševno zdravje*. [online] Available at: https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/35/21 [Accessed 17 July 2020].

Švab, V., 2019. Nadzorovana obravnava v skupnosti. *Pravosodni bilten*, 40(1), pp. 109-114.

Tang, N. & Thomson, L.E., 2019. Workplace violence in chinese hospitals: the effects of healthcare disturbance on the psychological well-being of chinese healthcare workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), p. 3687.

Tiesman, H., Marsh, S., Konda, S., Tomasi, S., Wiegand, D., Hales, T. & Webb, S., 2022. Workplace violence during the COVID-19 pandemic: March-October, 2020, United States. *Journal of Safety Research*, 82, pp. 376-384.

Torkar, T., Homar, V. & Švab, V., 2022. Triangulation study of needs assessment of people with severe mental illness in "follow-up" day hospital settings. *Nursing Open*, pp. 1-10.

Tununu, A.F. & Martin, P., 2020. Prevalence of burnout among nurses working at a psychiatric hospital in the Western Cape. *Curationis*, 43(1), pp. 1-7.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, 2018. *Letno poročilo Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana za leto 2017*. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana.

Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, 2017. *Strategija razvoja Univerzitetne psihiatrične klinike Ljubljana v obdobju od 2017 do 2022*. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana.

Univerzitetni klinični center Maribor, 2018. *Letno poročilo 2017*. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor.

Vermeulen, J.M., Doedens, P., Boyette, L.-L.N.J., Spek, B., Latour, C.H.M. & de Haan, L., 2019. "But I did not touch nobody!"-Patients' and nurses' perspectives and recommendations after aggression on psychiatric wards-a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), pp. 2845-2854.

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

Wand, T., Isobel, S. & Derrick, K., 2015. Surveying clinician perceptions of risk assessment and management practices in mental health service provision. *Australasian Psychiatry*, 23(2), pp. 147-153.

Wang, T., Abrantes, A.C.M. & Liu, Y., 2023. Intensive care units nurses' burnout, organizational commitment, turnover intention and hospital workplace violence: a cross-sectional study. *NursingOpen*, 10(2), pp. 1102-1115.

Wei, C-Y., Chiou, S-T., Chien, L-Y. & Huang, N., 2016. Workplace violence against nurses - prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 56, pp. 63-70.

WHO - World Health Organization, 2017. *Occupational health*. [online] Available at: <https://www.who.int/health-topics/occupational-health> [Accessed 27 May 2020].

WHO - World Health Organization, 2020. *2020 Triad Statement*. [online] Available at: <https://www.who.int/publications/m/item/2020-triad-statement> [Accessed 17 July 2020].

Wilson, K., Eaton, J., Foye, U., Ellis, M., Thomas, E. & Simpson, A., 2021. What evidence supports the use of Body Worn Cameras in mental health inpatient wards? A systematic review and narrative synthesis of the effects of Body Worn Cameras in public sector services. *International Journal of Mental Health Nursing*, 31(2), pp. 260-277.

Williamson, K. & Johanson, G., 2018. *Research methods: information, systems, and contexts*. Amsterdam: Elsevier.

Yanchus, N.J., Periard, D. & Osatuke, K., 2017. Further examination of predictors of turnover intention among mental health professionals. *Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(1), pp. 41-56.

Yang, B.X., Stone, T.E., Petrini, M.A. & Morris, D.L., 2018. Incidence, type, related factors, and effect of workplace violence on mental health nurses: a cross-sectional survey. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), pp. 31-38.

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr), 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 77/08.

Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1), 2011. Uradni list Republike Slovenije št. 43/11.

Zaletel-Kragelj, L. & Premik, M. 2018. *Presečne pregledne epidemiološke raziskave*. [online]. Available at: https://studentski.net/gradivo/ung_fzo_ok1_zde_sno_pregledne_presecne_epidemioloske_raziskave_01. [Accessed 15 July 2020].

Zbornica-Zveza, 2020. *Profesionalna podoba izvajalcev v zdravstveni in babiški negi ter oskrbi*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Zidar, A. & Polak Petrič, A., eds. 2018. *Splošna deklaracija človekovih pravic Zbirka Mednarodno pravo Mednarodni dokumenti*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede in Ministrstvo za zunanje zadeve Republike Slovenije.

Zieber, M. & Sedgewick, M., 2018. Competence, confidence and knowledge retention in undergraduate nursing students - a mixed method study. *Nurse Education Today*, 62, pp. 16-21.

Zorić, S., 2019. *Osebna zavzetost za kakovost in varnost dela medicinskih sester: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Žgavec, N. & Kores Plesničar, B., 2016. Primerjava pojavnosti agresije bolnikov v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana in na Oddelku za psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. *Acta Medico-Biotechnica*, 9(1), pp. 18-25.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Spoštovani!

Sem Merima Ameti, diplomirana medicinska sestra na Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana in študentka magistrskega študija na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin. Ob zaključku študija pripravljam magistrsko delo z naslovom »Samooocena usposobljenosti in varnosti zaposlenih v zdravstveni negi pred nasilnim vedenjem pacientov na področju psihiatrije – eksplorativna raziskava«. Zaključno delo pripravljam pod mentorstvom doc. dr. Branka Bregarja in somentorstvom viš. pred. dr. Jožice Peterke Novak.

Namen magistrskega dela je raziskati odnos zaposlenih v zdravstveni negi s področja psihiatrije v Sloveniji do nasilnega vedenja pacientov v povezavi z dejavniki, kot so demografski podatki, samooocena usposobljenosti in varnosti, dejavniki tveganja za nasilno vedenje pacientov in vpliv nasilnega vedenja na zaposlene v zdravstveni negi.

Rezultati raziskave bodo prispevali k oceni dejanskega stanja in posledično ukrepom za večjo varnost zaposlenih v zdravstveni negi s področja psihiatrije in dvigu kakovosti storitev v psihiatrični obravnavi pacientov.

Vaši odgovori bodo obravnavani zaupno, demografski podatki bodo uporabljeni izključno za namen zaključnega dela magisterija.

Za morebitna vprašanja vam prilagam svoj e-poštni naslov: merima1969@gmail.com

Za vaš trud se vam najlepše zahvaljujem.

Merima Ameti

**Sklop A: DEMOGRAFSKI PODATKI ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI S
PODROČJA PSIHIATRIJE**

1. **Spol:**

- a) Moški.
- b) Ženska.

2. **Koliko ste stari?** _____ let

3. **Katera je vaša najvišja dosežena formalna izobrazba na področju zdravstvene nege?**

- a) Srednja.
- b) Višja ali visoka.
- c) Univerzitetna ali strokovni magisterij.
- č) Znanstveni magisterij.
- d) Doktorat.

4. **Koliko let delovnih izkušenj imate na področju psihiatrične zdravstvene nege?** _____
let

5. **Tip oddelka:**

- a) Oddelek pod posebnim nadzorom/zaprti oddelek.
- b) Odprti oddelek.
- c) Ambulantna dejavnost.

Sklop B: POGOSTOST NASILNEGA VEDENJA PACIENTOV NAD ZAPOSLENIMI V ZDRAVSTVENI NEGI S PODROČJA PSIHIATRIJE

1. **Ob branju trditev vas prosim, da navedete kolikokrat ste se v minulem letu soočili z navedenimi primeri.** Na lestvici »nikoli« pomeni, da ste niste srečali s pojavom, »redko« pomeni 1- do 3-krat, »občasno« 4- do 8-krat, »pogosto« 9- do 15- krat, »zelo pogosto« pomeni, da ste se s pojavom soočili več kot 16-krat.

| | Nikoli | Redko | Občasno | Pogosto | Zelo pogosto |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <u>Besedno nasilje</u> <i>Pacient govori s povišanim glasom, preklinja, žali, vendar teh besed ne razumete kot grožnjo.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <u>Besedne grožnje</u> <i>Pacient preklinja, uporablja zmerljivke, grozi, ima izbruhe jeze, grozi Vam in Vaši družini („Obiskal te bom, ko me bodo odpustili, napadel bom tvoje otroke“ itd.), kar Vas prestraši in čustveno vznemiri.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <u>Ponižujoče nasilno vedenje</u> <i>Pacient očitno žali, zmerja, pljuva, kar vpliva na Vaše čustveno stanje ter Vam zmanjšuje samozavest.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <u>Izzivalno nasilno vedenje</u> <i>Pacient poskuša zanetiti spor in s tem sprožiti negativen odziv. Z drugimi besedami: pacientova dejanja Vas skušajo pripraviti do tega, da se odzovete na način, ki je za vašo stroko nesprejemljiv.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <u>Pasivno-nasilno vedenje</u> <i>Pacient aktivno deluje proti zadanemu cilju, čeprav navidezno sodeluje. Z drugimi besedami: pacient se poskuša prikazati kot sodelujočega, vendar deluje obratno. Pasivno-nasilno vedenje je za Vas naporno in otežuje delo.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <u>Razdvajajoče nasilno vedenje</u> <i>Pacient poskuša narediti razdor med osebjem, manipulira z Vami in čustveno šibkejšimi z namenom, da jih pridobi na svojo stran v vojni proti osebju, kar med zaposlenimi povzroča huda trenja.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <u>Ogrožajoče telesno nasilje</u> <i>Pacient meče v Vas predmete (Vas ne poškoduje), ustvarja nered, grabi druge za oblačila, grozi, da Vas bo napadel.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <u>Destruktivno nasilno vedenje</u> <i>Pacient uničuje predmete ter razbija okna, meče predmete, povzroča škodo itd.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | | | | | |

| | nikoli | redko | Občasno | pogosto | zelo pogosto |
|---|--------|-------|---------|---------|--------------|
| <p><u>Blago telesno nasilje</u> Pacient brca, udarja, odriva, praska, vleče za lase, grize, Vas napade itd. brez prave škode ali poškodbe, v skrajnem primeru z blagimi poškodbami (modrice, zvin).</p> | O | O | O | O | O |
| <p><u>Hudo telesno nasilje</u> Pacient Vas napade in Vam zada tako hude bolečine (zlomljene kosti, globoke rane, notranje poškodbe, izguba zob, izguba zavesti), da je potrebna zdravniška pomoč ali bolnišnično zdravljenje.</p> | O | O | O | O | O |
| <p><u>Lažja oblika nasilja nad seboj</u> Pacient se ščipa, praska, udarja, si puli lase, se tolče po glavi, s pestmi udarja po predmetih, se meče na tla ali v predmete, si povzroča bolečine (manjše poškodbe, ureznine ali modrice, manjše opekline).</p> | O | O | O | O | O |
| <p><u>Hujša oblika nasilja nad seboj</u> Pacient se pohablja, si zadaja globoke ureznine, se grize do krvavitve, si povzroča cigaretne opekline, kar privede do resnih poškodb (ureznine, večje opekline, notranje poškodbe, zlom, izguba zavesti itd.), ki terjajo zdravniško pomoč ali bolnišnično zdravljenje.</p> | O | O | O | O | O |
| <p><u>Poskus samomora</u> Pacient vzame tablete, si reže žile, skoči s stavbe itd., vendar mu samomor ne uspe.</p> | O | O | O | O | O |
| <p><u>Uspešen samomor</u></p> | O | O | O | O | O |
| <p><u>Spolno ustrahovanje/nadlegovanje</u> Pacient izvaja nespodobne kretnje, se vsiljivo vede ali razkazuje, prosi za spolni stik ali zmenek, izraža spolne pripombe, osvaja, kliče, piše (tudi zasebno), grozi s posilstvom, se seksistično vede.</p> | O | O | O | O | O |
| <p><u>Spolni napad/posilstvo</u> Pacient Vas telesno napade z namenom, da Vas posili.</p> | O | O | O | O | O |

**Sklop C: ZAZNAVANJE NASILNEGA VEDENJA PACIENTOV S STRANI
ZAPOSLENIH V ZDRAVSTVENI NEGI S PODROČJA PSIHIATRIJE**

1. Ali ste bili v zadnjem letu na bolniškem dopustu zaradi **poškodb**, ki so nastale kot posledica nasilnega vedenja pacientov? Če boste obkrožili odgovor »da«, navedite število dni odsotnosti zaradi bolniškega dopusta.

O: Ne. O: Da, _____ dni.

2. Ali ste bili v zadnjem letu na bolniškem dopustu zaradi **stresa oziroma stiske** kot posledice nasilnega vedenja pacientov? Če boste obkrožili odgovor »da«, navedite število dni odsotnosti zaradi bolniškega dopusta.

O: Ne. O: Da, _____ dni.

3. Ali ste bili v zadnjem letu na bolniškem dopustu zaradi **izčrpanosti**, ki se je pojavila zaradi nasilnega vedenja pacientov? Če boste obkrožili odgovor »da«, navedite število dni odsotnosti zaradi bolniškega dopusta.

O: Ne. O: Da, _____ dni.

4. Na kakšen način pacienti najpogosteje izražajo svoje nestrinjanje oziroma katero vrsto napada najpogosteje uporabijo? Obkrožite lahko več odgovorov.

O: Odrivanje.

O: Udarjanje.

O: Praskanje.

O: Grizenje.

O: Ščipanje.

O: Pljuvanje.

O: Brcanje.

O: Žaljenje.

O: Drugo: _____

5. **Kdaj se pacienti najpogosteje vedejo nasilno?** Obkrožite lahko več odgovorov.

O: Ob sprejemu proti volji.

O: Ob sprejemu.

O: Ob odvzemu stvari.

O: Ob prošnji, da pacient nekaj naredi.

O: Ob terapevtskem pogovoru.

O: Ob aplikaciji terapije.

O: Ob prisilnem zadrževanju oziroma oviranju.

O: Ob pomoči pri osebni higieni.

O: Drugo: _____

6. **Na lestvici od 1 do 5 ocenite, ali se pri svojem delu s pacienti počutite varne,** in obkrožite številko, ki predstavlja vaš odgovor. Ocena 1 pomeni, da se s trditvijo ne strinjate, ocena 5 pa predstavlja popolno strinjanje (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – se deloma strinjam, 5 – se popolnoma strinjam).

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

7. **Kako nasilno vedenje pacientov vpliva na Vas?**

O: Nanj se posebej ne odzivam, saj ga obravnavam kot del službe.

O: Nanj se ne odzivam, ker to zahteva dodatno administrativno delo.

O: Vedno znova se počutim ogroženega/-o in že sem razmišljal/-a, da bi zamenjal/-a službo.

O: Vedno znova se počutim ogroženega/-o.

O: Zaradi nasilnega vedenja pacientov se ne počutim ogroženega/-o.

O: Drugo: _____

8. **Kakšni občutki vas spremljajo pri pacientu, ki se vede nasilno?**

O: Jeza.

O: Žalost.

O: Nemoč.

O: Vznemirjenost.

O: Strah.

O: Drugo: _____

9. **Na lestvici od 1 do 5 ocenite svojo samooceno usposobljenosti za delo s pacienti, ki se vedejo nasilno**, in obkrožite številko, ki predstavlja vaš odgovor. Ocena 1 pomeni, da se s trditvijo ne strinjate, ocena 5 pa predstavlja popolno strinjanje (1 – sploh se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – niti se strinjam niti se ne strinjam, 4 – deloma se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam).

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|