



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

Magistrsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**PRISOTNOST NASILJA MED ZAPOSLENIMI  
V ZDRAVSTVENI NEGI IN UKREPI  
ZA ZMANJŠANJE LE-TEGA  
V ZDRAVSTVENIH ZAVODIH GORENJSKE  
REGIJE**

**PREVALENCE OF VIOLENCE AMONG  
NURSING EMPLOYEES AND MEASURES TO  
REDUCE IT IN HEALTHCARE  
INSTITUTIONS OF GORENJSKA REGION**

Magistrsko delo

Mentorica: red. prof. dr. Brigita Skela Savič, znan. svet.

Somentorica: mag. Jožica Ramšak Pajk, viš. pred.

Kandidatka: Andreja Demšar

Ljubljana, september, 2021

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorici red. prof. dr. Brigiti Skela Savič, znan. svet., in somentorici mag. Jožici Ramšak Pajk, viš. pred., za strokovno pomoč in usmeritve pri pripravi magistrskega dela. Zahvaljujem se doc. dr. Branku Gabrovcu in doc. dr. Saši Kadivec za recenzijo magistrskega dela ter Kseniji Pečnik, prof. slov. jezika, za lektoriranje.

Iskreno se zahvaljujem tudi svojim najbližjim, Ivanu in Zali, ter družini in prijateljem za podporo ter motivacijo pri pisanju magistrskega dela.

## POVZETEK

**Teoretična izhodišča:** Nasilje v zdravstveni negi je postalo naraščajoča težava. Kaže se kot fizično, psihično in ekonomsko nasilje ter spolno nadlegovanje. Najpogostejši povzročitelji nasilja so pacienti in njihovi svojci. Preprečevanje nasilja na delovnem mestu zajema izobraževanja na temo komunikacijskih veščin in pravilnega odziva na nasilno dejanje ter uvajanje varnostnih in organizacijskih ukrepov v zdravstvenih ustanovah.

**Cilj:** Cilj magistrskega dela je ugotoviti najpogostejšo vrsto in povzročitelja nasilja pri zaposlenih v zdravstveni negi na Gorenjskem ter ukrepe, ki jih izvajajo zdravstveni zavodi na Gorenjskem za zmanjševanje nasilja v zdravstveni negi.

**Metoda:** Uporabljena je bila mešana metoda raziskovanja. Vprašalniki so bili razdeljeni v Diagnostičnem centru Bled in Osnovnem zdravstvu Gorenjske, sodelovalo je 294 zaposlenih v zdravstveni negi.

**Rezultati:** Več kot polovica (57,1 %) zaposlenih v zdravstveni negi je bila žrtev nasilja na delovnem mestu, najpogosteje se z njim srečujejo 1–2-krat na leto. Najpogostejša oblika nasilja v zdravstveni negi je psihično nasilje (PV = 3,69). Pacient je statistično pomembno ( $p = 0,000$ ) najpogostejši povzročitelj nasilja v zdravstveni negi, psihično nasilje pa je najpogostejše pri zaposlenih v zdravstveni negi, ki so stari do 40 let ( $p = 0,001$ ). V povprečju največ (PV = 3,65) žrtev za nasilje pove sodelavcu. V zdravstvenih ustanovah sta uvedena ničelna toleranca do nasilja (PV = 2,94) in protokol ob pojavu nasilja med zdravstvenimi delavci (PV = 2,62). Zaposleni v zdravstveni negi menijo, da je potrebna uvedba strokovne pomoči (PV = 4,28), zaposleni z visoko strokovno in univerzitetno izobrazbo ter strokovnim magisterijem dajejo večji pomen praktičnim delavnicam ( $p = 0,049$ ).

**Razprava:** Zaposleni v zdravstveni negi na Gorenjskem so najpogosteje žrtve psihičnega nasilja na delovnem mestu, ki ga povzroči pacient. Za preprečevanje nasilja si želijo uvedbo strokovne pomoči in več izobraževanj z obnovitvenimi delavnicami.

**Ključne besede:** nasilje, zdravstvena nega, zdravstvo, medicinska sestra

## SUMMARY

**Theoretical background:** Violence in nursing has become a growing problem. It manifests itself as physical, psychological, and economic violence and sexual harassment. The most common perpetrators of violence are patients and their relatives. Prevention of violence in the workplace includes training on communication skills and the correct response to violence as well as the introduction of security and organizational measures by health care institutions.

**Aim:** The thesis aims to determine the most common type and cause of violence among nursing staff in the Gorenjska region and to determine the measures implemented by health care institutions in the Gorenjska region to reduce violence in nursing care.

**Methods:** We used a mixed research method. The questionnaire was distributed to Diagnostični center Bled and Osnovno zdravstvo Gorenjska. 294 employees in nursing participated in the survey.

**Results:** More than half (57,1 %) of nursing staff were victims of violence in the workplace, most often experiencing violence once or twice a year. The most common form of violence in nursing is psychological violence (AV = 3,69). We found with statistical significance that patients are the most common cause of violence in nursing care ( $p = 0,000$ ) and that psychological violence was most frequent among nursing staff aged 40 years and under ( $p = 0,001$ ). On average, most victims (AV = 3,65) share their experiences with violence with their co-workers. Zero tolerance to violence (AV = 2,94) and a protocol on the occurrence of violence among health professionals (AV = 2,62) have been put into place in health care institutions. Employees in nursing believe that the introduction of professional help (AV = 4,28) is necessary, while the employees with higher professional, university education and professional master's degree give more importance to practical workshops ( $p = 0,049$ ).

**Discussion:** Nursing staff in the Gorenjska region are most frequently the victims of psychological workplace violence caused by patients. To prevent violence, they want the introduction of professional help and more training with workshops for refreshing knowledge.

**Key words:** violence, nursing care, health care, nurse

# KAZALO

<b>1 UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2 TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>2</b>
2.1 NASILJE NA DELOVNEM MESTU .....	2
2.2 NASILJE V ZDRAVSTVENI NEGI .....	2
2.2.1 Dejavniki nasilja v zdravstveni negi .....	4
2.2.2 Odzivi zaposlenih v zdravstveni negi na nasilje na delovnem mestu .....	6
2.3 VRSTE NASILJA V ZDRAVSTVENI NEGI .....	7
2.4 POSLEDICE NASILJA NA DELOVNEM MESTU ZA ZAPOSLENE V ZDRAVSTVU .....	10
2.5 PREPREČEVANJE NASILJA NA DELOVNEM MESTU V ZDRAVSTVU ...	12
2.5.1 Deeskalacijske tehnike .....	13
2.5.2 Varnostni ukrepi .....	15
2.5.3 Organizacijski ukrepi .....	16
2.5.4 Ničelna toleranca do nasilja .....	17
2.5.5 Zakonska ureditev nasilja na delovnem mestu .....	18
2.6 UKREPI OB POJAVU NASILJA NA DELOVNEM MESTU V ZDRAVSTVU .....	20
<b>3 EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>22</b>
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA .....	22
3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE .....	22
3.3 METODE RAZISKOVANJA .....	23
3.3.1 Dizajn raziskave .....	23
3.3.2 Instrument raziskave .....	24
3.3.3 Udeleženci raziskave .....	26
3.3.4 Potek raziskave in soglasja .....	29

3.3.5 Obdelava podatkov.....	30
3.4 REZULTATI .....	30
3.4.1 Opisna statistika .....	30
3.4.2 Rezultati, vezani na hipoteze.....	35
3.5 RAZPRAVA.....	52
<b>4 ZAKLJUČEK .....</b>	<b>60</b>
<b>5 LITERATURA .....</b>	<b>62</b>
<b>6 PRILOGE.....</b>	<b>73</b>
6.1 INSTRUMENT.....	73

## KAZALO SLIK

Slika 1: Struktura anketirancev glede na stopnjo izobrazbe.....	28
Slika 2: Delež anketirancev glede na pogostnost nasilja med zaposlenimi v zdravstveni negi .....	31

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost vprašanj z intervalnimi lestvicami po sklopih .....	26
Tabela 2: Število zaposlenih v zdravstveni negi v zdravstvenih zavodih na Gorenjskem po izobrazbi .....	27
Tabela 3: Struktura anketirancev glede na demografske podatke .....	28
Tabela 4: Povprečja sklopa vprašanj o povzročiteljih nasilja v zdravstveni negi .....	32
Tabela 5: Povprečja sklopa vprašanj o vrstah nasilja v zdravstveni negi.....	32
Tabela 6: Povprečja sklopa vprašanj o odzivu na nasilje v zdravstveni negi.....	33
Tabela 7: Povprečja sklopa vprašanj o ukrepih za zmanjševanje nasilja v zdravstveni negi .....	34
Tabela 8: Povprečja sklopa vprašanj o znanju in ravnanju v primeru nasilja v zdravstveni negi.....	35
Tabela 9: Parni t-test za dva različna para trditev o povzročiteljih nasilja.....	36
Tabela 10: Povprečja prisotnosti psihičnega nasilja glede na spol.....	37
Tabela 11: T-test za neodvisne vzorce (psihično nasilje – spol) .....	37
Tabela 12: Povprečja prisotnosti psihičnega nasilja glede na starost.....	38
Tabela 13: T-test za neodvisne vzorce (psihično nasilje – starost) .....	38
Tabela 14: Povprečja prisotnosti psihičnega nasilja glede na delovno dobo .....	39
Tabela 15: T-test za neodvisne vzorce (psihično nasilje – delovna doba) .....	40
Tabela 16: Povprečja odziva na nasilje glede na izobrazbo .....	41
Tabela 17: Test homogenosti varianc .....	41
Tabela 18: Robustni test za preverjanje hipoteze .....	42
Tabela 19: Povprečja odziva na nasilje glede na izobrazbo (bolniški stalež) .....	42
Tabela 20: Test homogenosti varianc .....	43
Tabela 21: Test analize variance za preverbo hipoteze o ključnih razlogih za zaposlitev v podjetju .....	43
Tabela 22: Povprečja pomembnosti teoretičnih delavnic glede na izobrazbo.....	44
Tabela 23: T-test za neodvisne vzorce (teoretične delavnice).....	44
Tabela 24: Povprečja pomembnosti praktičnih delavnic glede na izobrazbo .....	46
Tabela 25: T-test za neodvisne vzorce (praktične delavnice).....	46
Tabela 26: Kategorije, kode in opisi, pridobljeni na osnovi analize besedila .....	47

## 1 UVOD

Nasilje je posebna oblika vedenja, ki predstavlja značilnost vseh živih bitij. Gre za eno od temeljnih človeških vedenj, skozi evolucijo se je spreminjalo, vendar pa je njegov pomen ostal enak (Turk, 2013). Zavezništvo za preprečevanje nasilja definira nasilje kot odnos med dvema stranema, kjer ena stran namerno uporabi fizično silo ali moč proti drugi osebi, skupini ali skupnosti z namenom povzročitve poškodbe, smrti, prikrajšanosti ali psihološke škode (World Health Organization (WHO), 2020).

Nasilje na delovnem mestu je postalo naraščajoča težava v modernem svetu, saj se število zaposlenih, ki ga doživijo, iz leta v leto viša. Nekateri poklici pa so bolj izpostavljeni nasilju na delovnem mestu kot drugi (Doman, et al., 2012). Nasilje na delovnem mestu se kaže kot fizično, psihično in ekonomsko nasilje ter kot spolno nadlegovanje. Zaposleni psihično nasilje, ki se največkrat kaže kot verbalno nasilje, velikokrat smatrajo kot samoumevni del delovnega okolja (Al-Turki, et al., 2016). Pojavlja se v vseh delovnih okoljih, izpostavljenost psihičnemu in fizičnemu nasilju pa predstavlja veliko skrb zaposlenih v zdravstveni negi (Kelbič & Fekonja, 2011).

Zdravstvene organizacije lahko vplivajo na vzpostavljanje organizacijske kulture zagotavljanja varnosti zaposlenih v zdravstveni negi z vzpostavljanjem preventivnih korakov zagotavljanja varnosti, s postopki ob izbruhu nasilja ter po izbruhu nasilja in z vzpostavljanjem sistematičnih modelov izobraževanja (Gabrovec & Lobnikar, 2015).

Zaposleni v zdravstvenih zavodih sprejemajo nasilje kot del njihove službe in temu problemu pogosto ne posvečajo pozornosti. Zaradi tega je pomembno ozaveščanje in izobraževanje zaposlenih, da bodo imeli sposobnost prepoznati nasilje, pa tudi znanje za soočanje z njim. Velik pomen pri zmanjševanju nasilja v zdravstveni negi pa ima tudi izobraževanje vodstva, saj morajo znati prepoznati tista delovna mesta, ki imajo povečano tveganje za nasilje. Z izobraženo vodjo se zaposlenim zagotovi strokovna pomoč in podpora pri prijavljanju nasilja (Bärsch & Rohde, 2017; Heckemann, et al., 2015; Occupational Safety and Health Administration (OSHA), 2015).



## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 NASILJE NA DELOVNEM MESTU

Nasilje je oblika vedenja, katerega cilj je raniti ali prizadeti drugo živo bitje, ki se želi takšnemu ravnanju izogniti. Nasilje se nanaša na posameznika, odnose ter skupnost na različnih družbenih ravneh in pomeni uporabo moči močnejšega nad šibkejšim, s tem pa močnejši prizadene osebno dostojanstvo in integriteto šibkejšega. Poznamo več vrst nasilja, kot so fizično, spolno, psihično in ekonomsko nasilje (Van Niekerk, et al., 2015; Flynn, 2019).

Definicij nasilja na delovnem mestu je več, lahko pa jih razdelimo v dve skupini. Poznamo definicije, ki pojasnjujejo primere nasilja, incidentov oziroma napadov, ki jih zaposlenim v zdravstveni negi povzročijo pacienti, njihovi svojci, osebe zunaj organizacije ali sodelavci, v obliki psihičnega, fizičnega, ekonomskega ali spolnega nasilja. Poznamo pa tudi definicije, ki pojasnjujejo pojav sistematičnega ter dolgotrajnega nasilja na delovnem mestu, povzročene s strani sodelavca ali skupine sodelavcev. Pojavi se namerna zloraba moči, gre za psihično nasilje, katerega cilj je poniževanje, zastraševanje in posledično odstranitev zaposlenega z delovnega mesta. Pri tem nasilju gre za mobing, trpinčenje, spolno ali drugo nadlegovanje (Lešnik Mugnaioni & Klemenc, 2011).

### 2.2 NASILJE V ZDRAVSTVENI NEGI

Nasilje na delovnem mestu je v zadnjih dvajsetih letih vse pogostejše in intenzivnejše. Pojavlja se v vseh poklicih, vendar pa se skoraj četrtina vsega nasilja zgodi v zdravstvenih poklicih, najpogosteje v zdravstveni negi, in postaja kritična težava zdravstva, saj se pojavlja iz leta v leto pogosteje (Babnik, et al., 2012; Flynn, 2019; Fiseković, et al., 2015). Obseg nasilja v zdravstveni negi je težko meriti, problem pa je postal že tako razširjen, da se nasilje velikokrat smatra kot normalno in kot del službe (Fafliora, et al., 2016; Hartin, et al., 2018).

Področje, kjer se izvaja zdravstveno varstvo, je aktivno, v delo so pogosto vpletena tudi čustva, saj vključuje tesne odnose med zdravstvenimi delavci, pacienti in njihovimi sorodniki. Zaposleni v zdravstveni negi najpogosteje največ časa preživijo s pacienti, kar pa predstavlja dodaten dejavnik za pojav nasilja, ki je usmerjeno proti njim. Zdravstveni delavci so v vsakodnevem stiku s pacienti, ki imajo različna bolezenska stanja, prav tako pa tudi z njihovimi sorodniki, ki so pogosto v stresu zaradi poteka bolezni svojega bližnjega (Gates, et al., 2011; Tsukamoto, et al., 2019).

Nasilje na delovnem mestu je svetovni problem, Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) navaja, da je od 8 % do 38 % zdravstvenih delavcev v svoji karieri že doživelo fizično nasilje na delovnem mestu (WHO, 2020). Najpogosteje se medicinske sestre srečujejo z nefizičnim nasiljem oziroma z verbalnim nasiljem (Fiseković, et al., 2015; Fafliora, et al., 2016; Kim, et al., 2020). Leta 1999 je Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana izvedlo prvo raziskavo o nasilju v zdravstveni negi v Sloveniji. Raziskava je pokazala, da je bilo 72,3 % anketiranih medicinskih sester že priča nasilju na delovnem mestu, najpogosteje se pojavlja verbalno nasilje, sledi psihično nasilje (Lešnik Mugnaioni & Klemenc, 2011). Leta 2011 je Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi izvedla obsežno raziskavo, v kateri so ugotovili, da se je že 78,8 % medicinskih sester srečalo z nasiljem na delovnem mestu, kar 62 % se jih je označilo kot žrtve nasilja, od tega je 14,9 % zaposlenih v zdravstveni negi doživelo fizično nasilje na delovnem mestu (Lešnik Mugnaioni & Cvetežar, 2012).

Flynn (2019) navaja, da je delež poškodb zaradi nasilja v zdravstvu tako velik, kot je delež poškodb v vseh ostalih gospodarskih panogah skupaj. V Združenih državah Amerike so v raziskavi prišli do podatkov, da je kar 70 % zaposlenih v zdravstvu in socialnem varstvu že doživelo poškodbe na delovnem mestu, najpogosteje so posledica brcanja, udarjanja, pretepanja in potiskanja. Po njihovih raziskavah je stopnja nasilja v zdravstvu dvanajstkrat višja kot v drugih poklicih, zdravstveni delavci so deležni poškodb na delovnem mestu večkrat kot policisti in pazniki v zaporih (United States Government Accountability Office, 2016). Odstotek zaposlenih v zdravstveni negi, ki so bili priča nasilju na delovnem mestu, je velik tudi drugod po svetu. V Koreji so leta 2020 naredili raziskavo med patronažnimi medicinskimi sestrami in ugotovili, da jih je 75,8 % v svoji

službeni karieri že doživelo nasilje na delovnem mestu, od tega jih je 67,2 % doživelo nasilje v letu 2019 (Kim, et al., 2020).

Raziskave na temo nasilja v zdravstveni negi so bile narejene tudi v Evropi. Leta 2020 je bila izvedena raziskava v petih evropskih državah (Poljska, Češka, Slovaška, Turčija in Španija), v kateri so ugotovili, da je bilo 54 % anketiranih izpostavljenih nefizičnemu nasilju, 20 % jih je doživelo fizično nasilje, 15 % anketiranih pa je odživel tako nefizično kot tudi fizično nasilje (Babiarczyk, et al., 2020). Fiseković in sodelavci (2015) so izvedli raziskavo v Srbiji in ugotovili, da je 52,6 % zdravstvenih delavcev doživelo nasilje na delovnem mestu, od tega 18,3 % fizično nasilje.

Najpogostejši povzročitelji nasilja v zdravstveni negi so pacienti in njihovi svojci, sledijo sodelavci in drugi zaposleni v zdravstveni negi ter nadrejeni (Kvas & Seljak, 2015; Babiarczyk, et al., 2020). V ameriški raziskavi so ugotovili, da so v 92 % povzročitelji nasilja v zdravstveni negi pacient, njegovi svojci in obiskovalci, sledijo sodelavci (3 %), študenti (3 %) in drugi napadalci (2 %), kot so roparji ali osebe, ki so v razmerju z zaposlenim v zdravstveni ustanovi in nasilje v družini prenesejo v službeno okolje (OSHA, 2016).

Zaposleni v zdravstveni negi se poleg nasilja, ki ga doživljajo pri pacientih, srečujejo tudi z mobingom ali trpinčenjem oziroma nasiljem na delovnem mestu, ki ga doživljajo s strani sodelavcev, svojih podrejenih ali nadrejenih. Mobing je prisoten v vseh sektorjih, še posebej v zdravstvu, za katero je značilna stroga hierarhija odnosov. Slabi medsebojni odnosi med zaposlenimi vplivajo tudi na kakovost storitev, zato je pomembno zgodnje odkrivanje in reševanje konfliktov (Majhenič & Mivšek, 2012; Selič, et al., 2012).

### 2.2.1 Dejavniki nasilja v zdravstveni negi

Zaposleni v zdravstveni negi so izpostavljeni nasilju zaradi različnih dejavnikov: neustrezne zasedenosti delovnih mest, slabe organizacije delovnega procesa, nejasnih delovnih nalog, nizke možnosti odločanja in visoke stopnje odgovornosti, podcenjevanja sposobnosti zaposlenih in njihovega dela, slabe komunikacije med nadrejenimi in

podrejenimi, dopuščanja konfliktov in avtoritativnosti vodenja (Wijk, et al., 2014; Sisawo, et al., 2017). Poleg teh dejavnikov na njih vpliva tudi način dela, v nekaterih primerih 24-urna pripravljenost, turnus dela (sploh delo v nočni izmeni), visoka stopnja stresa, strah, tesnoba, jeza, zmanjšanje zadovoljstva pri delu, pomanjkanje varnosti in zasebnosti ter občutek neznanja ukrepanja ob nasilnem dogodku (Fiseković, et al., 2015; Lamothe & Guay, 2017; Flynn, 2019).

Dejavniki, ki vplivajo na nasilje v zdravstveni negi, so povezani tudi z vrsto psiholoških in čustvenih odzivov, zadovoljstvom na delovnem mestu, stresom na delovnem mestu in organizacijo zdravstvene ustanove, na katero pogosto nimajo vpliva. Poleg naštetih dejavnikov pa na nasilje vplivajo tudi odnos s sodelavci, komunikacija s sodelavci in drugimi zaposlenimi ter občutek zaželenosti oziroma izolacije na delovnem mestu (Purpora, et al., 2015; Lamothe & Guay, 2017). Organizacijski dejavniki, ki vplivajo na pojav nasilja na delovnem mestu, so predvsem povezani z varnostjo in zagotavljanjem varnega okolja tako za zaposlene kot tudi za paciente. Na pojav nasilja imajo velik vpliv izobraževanje zaposlenih o nasilju na delovnem mestu, trening samoobrambe in komunikacijskih veščin, uvedba ničelne tolerance do nasilja, prisotnost varnostne službe v ustanovi, prisotnost varnostnega alarma, kontroliranje gibanja nezaposlenih v ustanovi in možnost prijavljanja incidentov (Hartley, et al., 2015; Alameddine, et al., 2015). Poleg naštetih dejavnikov pa imajo na nasilje v zdravstveni negi, sploh spolno nasilje, vpliv mediji, ki medicinsko sestro še vedno velikokrat predstavljajo kot spolni objekt in njeno podobo stigmatizirajo. Kljub doseženemu napredku je nujno, da se podoba zdravstvene nege poveže z odličnostjo pri zagotavljanju in izvajanju skrbi za pacienta in dobro družbe (Tsukamoto, et al., 2019).

Vsi živimo v stresnem svetu, kjer smo v stalni naglici in želji po hitrem doseganju zelenega, zato se pogosto zgodi, da se razburimo zaradi stvari, ki nam običajno ne povzročajo nemira. Pacienti, ki se zavedajo svojih pravic in imajo visoka pričakovanja, se pogosto znajdejo v stresni situaciji, ko pridejo v zdravstveno ustanovo. Tam je pogosto premalo zaposlenih, zaposleni pa imajo preveč dela in se ne morejo popolnoma posvetiti pacientu. To pri pacientih ustvari nezadovoljstvo, frustracijo, občutek krivde, kar pa lahko privede do agresije in nasilja (Babiarczyk, et al., 2020). Pogosti dejavniki, ki privedejo

do nasilja v zdravstveni negi, so trenutni stres zaradi bolezni pacienta, povišana vrednost čustev pri pacientu in njegovi družini, ki vključuje tesnobo, strah, brezup, frustracijo, žalovanje, občutek izgube nadzora nad situacijo, velik vpliv pa imajo tudi osebnostne karakteristike pacienta in njegovih najbližjih. Na pojav nasilja pri pacientu pa vplivajo tudi dejavniki, kot so uživanje drog in alkohola, kronična bolečina, kognitivne motnje (npr. demenca), psihične bolezni (npr. osebnostne motnje) in pacientova izpostavljenost nasilju v preteklosti (Kvas & Seljak, 2015; Hartley, et al., 2015).

Vzroki za nasilje so na obeh straneh, na strani pacienta in na strani zdravstvenega osebja. Zdravstveno osebje je včasih pri delu slabo organizirano, komunikacija s pacientom je pomanjkljiva, pacienta se vse prevečkrat pušča v negotovosti. Po drugi strani pa pacienti od osebja pričakujejo preveč, na primer krivdo za čakalne dobe prelagajo na zdravstveno osebje. Zdravstveno osebje vse pogosteje smatra psihično in verbalno nasilje kot del službe in zaradi premalo podpore nadrejenih o doživljanju te vrste nasilja sploh ne poroča (Babič, 2010; Stevenson, et al., 2015; Alameddine, et al., 2015; Fallahi-Khoshknab, et al., 2016; Ferri, et al., 2016; Fafliora, et al., 2016).

### 2.2.2 Odzivi zaposlenih v zdravstveni negi na nasilje na delovnem mestu

Zhao in sodelavci (2015) so v raziskavi ugotovili, da je najpogostejši odziv zaposlenih v zdravstveni negi na nasilje pogovor s sodelavcem, sledi pogovor z nadrejenim, poiskali so pomoč pri domačih ali pomoč psihologa. Zaposleni v zdravstveni negi se na nasilje odzovejo tudi s prijavljanjem nasilja nadrejenim, nekateri odidejo na bolniški stalež ali dajo odpoved (Kvas, et al., 2012; Purpora, et al., 2015; Gillespie, et al., 2015; Fafliora, et al., 2016). Odziv na nasilje je tudi pogovor s pacientom s prošnjo za spremembo njegovega vedenja ali z željo po njegovem umiku (Banda, et al., 2016).

Pogost odziv na nasilje pri zaposlenih v zdravstveni negi je tudi ignoriranje nasilja. Vzrok za to je v mišljenju, da se kljub prijavljanju nasilja ne bo nič zgodilo in da je nasilje del njihove službe. Žrtve najpogosteje ne prijavljajo trpinčenja na delovnem mestu s strani sodelavcev in nadrejenih, saj se bojijo, da bo prijavljanje nasilja vplivalo na njihov status na delovnem mestu, strah jih je, da bi izgubili službo (Alameddine, et al., 2015; Fiseković,

et al., 2015; Durmus, et al., 2018; Babiarczyk, et al., 2020). Babiarczyk in sodelavci (2020) so ugotovili, da je razlog neprijavljanja tudi v nepoznavanju postopkov prijave, saj je od 69 % anketiranih, ki so vedeli, da se nasilje na delovnem mestu lahko prijavi, le 23 % vedelo, kako izpeljati prijavo. Flynn (2019) navaja, da so v raziskavi ugotovili, da se 50 % fizičnega nasilja in 80 % verbalnega nasilja v Združenih državah Amerike ne prijavlja.

### 2.3 VRSTE NASILJA V ZDRAVSTVENI NEGI

Nasilje na delovnem mestu je postalo globalni problem, ki vpliva na fizično in psihično počutje zaposlenega ter na dostojanstvo ljudi (Campbell, et al., 2011; Fiseković, et al., 2015). Nasilje na delovnem mestu se definira kot incident, kjer je zaposleni zlorabljen, napaden ali ogrožen v okoliščinah, ki so povezane z njegovim delom. Gre za naravo nasilnih dejanj, najpogosteje ločimo fizično, psihično, spolno in ekonomsko nasilje (Babnik, et al., 2012; Munc, 2010):

- Psihično nasilje: je najbolj razširjena oblika nasilja. Gre za zlorabo moči ene ali več oseb nad drugo osebo, najpogosteje ta vrsta nasilja poteka na besedni ravni (verbalno nasilje) in osebo poniža, prestraši, razvrednoti, dobi občutek manjvrednosti. Primeri psihičnega nasilja so žaljenje, zmerjanje, kritiziranje človekove osebnosti, ustrahovanje in grožnje z besedami, kričanjem ali telesno držo, poniževanje, diskriminiranje, ignoriranje, nenehne zahteve in jezni izbruhi, širjenje negativnih govoric o osebi, nadzorovanje osebe ali njenega telefona, elektronske pošte oziroma drugih kanalov komunikacije, izoliranje osebe od ljudi, s katerimi je želela ohraniti stik, itd. (Kvas & Seljak, 2015; Društvo za nenasilno komunikacijo, 2020).
- Fizično nasilje: je vsaka uporaba fizične sile ali resna grožnja z uporabo sile. Fizično nasilje je usmerjeno na človekovo telo ali življenje. Je izrazitejša stopnja nasilja, ki se začne s psihičnim nasiljem. Fizično nasilje je najbolj prepoznavno in vidno ter tudi lažje dokazljivo. Primeri fizičnega nasilja so brcanje, udarci z roko, nogo ali predmeti, klofutanje, odpiranje in porivanje, metanje predmetov v osebo ali pri njej, neželjeno dotikanje, polivanje s tekočino, ožiganje kože, zvijanje rok, omejevanje gibanja, odrekanje ali siljenje s hrano, davljenje, dušenje, napadi z

orožjem, umor itd. (Munc, 2010; Flynn, 2019; Društvo za nenasilno komunikacijo, 2020).

- Spolno nasilje: so dejanja, povezana s spolnostjo, ki jih oseba čuti kot prisilna. O spolnem odnosu govorimo, kadar si osebe želijo spolnosti in spolnih aktivnosti ter se zanje odločijo prostovoljno, brez prisile; če se to ne zgodi prostovoljno, govorimo o spolnem nasilju. Gre za neželjeno ravnanje spolne narave, ki vključuje verbalno ali neverbalno ravnanje ali drugo na spolu temelječe vedenje, ki ustvarja sovražne, zastrašujoče ali ponižujoče delovne odnose in okolje ter žali dostojanstvo moških in žensk. Primeri spolnega nasilja so opazovanje, komentiranje in nagovarjanje, ki pri osebi povzročijo nelagodje, neželjeno slačenje, neželjeno poljubljanje, otipavanje, siljenje h gledanju pornografskih vsebin, siljenje k masturbiranju ali druge vrste spolni odnos, poniževanje človeka glede na njegovo spolnost itd. (Pillinger, 2017; Tsukamoto, et al., 2019; Društvo za nenasilno komunikacijo, 2020).
- Ekonomsko nasilje: so oblike nadvladanja oziroma poniževanja žrtve s pomočjo sredstev za preživetje ter odrekanje pravic, povezanih z zaslužkom, je vsakršno krajšanje in izkoriščanje ekonomskih pravic. Zaradi ekonomskega nasilja postane žrtev odvisna od povzročitelja in ga zato težje zapusti. Primeri ekonomskega nasilja so preprečevanje žrtvi, da razpolaga s svojim denarjem, omejevanje pravice do zaposlitve, siljenje druge osebe v finančno odvisnost, neplačevanje preživnine, prelaganje celotnega finančnega bremena za preživljanje družine na žrtev, siljenje v sklepanje pogodb, siljenje v jemanje posojil itd. Vključuje tudi nerazumno povečanje obsega dela in neplačevanje nadurnega dela, opravljanje nalog namesto sodelavcev, materialno oškodovanje s strani nadrejenih, kršenje delovnopravne zakonodaje in pravic, oškodovanje osebne lastnine (Munc, 2010; Šenveter, 2011; Društvo za nenasilno komunikacijo, 2020).

Poleg naštetih vrst nasilja na delovnem mestu se srečujemo tudi z mobingom oziroma trpinčenjem na delovnem mestu. Pri tem gre za dolgotrajno in sistematično nasilje zoper sodelavca, praviloma gre za psihično nasilje. Dejavnika trpinčenja na delovnem mestu sta poleg spola, let, rase in religije tudi stopnja izobrazbe in funkcija na delovnem mestu. Cilj te vrste nasilja je osamitev žrtve, škodovanje njenemu

dostojanstvu, položaju v službi in ugledu, posledično je cilj izgon z delovnega mesta (Lešnik Mugnaioni, 2011; Serafin, 2019). Razlikujemo več oblik trpinčenja na delovnem mestu glede na to, kdo je povzročitelj (Lešnik Mugnaioni, 2011; Brečko, 2014; Hartley, et al., 2015; Durmus, et al., 2018):

- horizontalno trpinčenje: je nasilje med sodelavci, ki so v istem hierarhičnem položaju na delovnem mestu,
- vertikalno trpinčenje: se izvaja med ljudmi na različnih hierarhičnih položajih, poznamo izraza »bossing« (nadrejeni izvaja nasilje nad podrejenim) in »staffing« (podrejeni izvaja nasilje nad nadrejenim),
- zunanje trpinčenje: nasilje poteka v organizaciji, vendar povzročitelj prihaja od zunaj (od tretje osebe),
- elektronsko trpinčenje (e-mobbing): izvaja se s pomočjo informacijske tehnologije, kjer si povzročitelj podredi žrtev na podlagi boljšega poznavanja in upravljanja tehnologije (pošiljanje neprimernih elektronskih sporočil),
- lažno trpinčenje: žrtev trpinčenja slabo presodi situacijo in sproži lažni alarm v organizaciji, to lahko povzroči tudi, da žrtev napade svojega povzročitelja.

Pri trpinčenju na delovnem mestu poznamo več neustreznih oblik vedenja in ravnanja, kot so napadi na samoizražanje in komuniciranje (kričanje, zmerjanje, pisne in ustne grožnje, nenehno kritiziranje dela in osebnega življenja, seganje v besedo ali jemanje besede, omejevanje možnosti izražanja in komuniciranja, izmikanje neposrednim stikom itd.), napadi, ki ogrožajo socialne stike žrtve (ignoriranje, premestitev v delovne prostore, oddaljene od sodelavcev, sodelavci se ne smejo pogovarjati z žrtvijo itd.), napadi, ki ogrožajo osebni ugled žrtve (obrekovanje, norčevanje, napad na politično ali versko prepričanje žrtve, poskusi smešenja žrtve, širjenje govoric, oponašanje tipičnih vzorcev vedenja z namenom, da se žrtev osmeši, siljenje k opravljanju nalog, ki negativno vplivajo na samospoštovanje žrtve, žrtev je deležna kletvic, dvom o poslovnih odločitvah žrtve itd.), napadi na delovno mesto (žrtev ne dobiva več delovnih nalog ali so ji vse odvezete, dodeljevanje nalog pod ali nad ravniyo kvalifikacije, dodeljevanje nesmiselnih delovnih nalog, poškodovanje delovnega mesta itd.) in napadi na zdravje (fizična zloraba ali grožnje s fizičnim nasiljem, dodeljevanje za zdravju škodljivih nalog, namerno povzročanje psihične škode itd.) (Brečko, 2014).



## 2.4 POSLEDICE NASILJA NA DELOVNEM MESTU ZA ZAPOSLENE V ZDRAVSTVU

Za žrtve nasilja na delovnem mestu v zdravstvu je pomembno, da se zavedajo, da niso sami in da se lahko zaupajo drugim ter poiščejo pomoč, saj posledice nasilja vplivajo tako na osebno kot tudi profesionalno plat življenja. Najpogosteje so povezane z negativnimi psihološkimi in čustvenimi posledicami ter vplivajo na kakovost dela (Hartley, et al., 2015; Kvas & Seljak, 2015):

- Fizične posledice: fizične poškodbe pri žrtvah nasilja v zdravstvu so najpogosteje praske, modrice, ugrizi, izguba las, bolečina, otekanje, odrgnine in raztrganine. V nekaterih primerih so poškodbe tako resne, da zahtevajo zdravniško pomoč (Lanctôt & Guay, 2014; Cetinkaya, et al., 2018).
- Psihološke posledice: najpogostejša posledica žrtev nasilja na delovnem mestu je posttravmatska stresna motnja (žrtve podoživljajo dogodek nasilja, pojavijo se sanje o stresnem dogodku, težave s koncentracijo, spominom, zbranostjo, izogibanje sodelovanju s sodelavci, ki so bili povezani z nasiljem, duševna stiska ob soočenju z ljudmi, izguba zanimanja za delovne aktivnosti), pogosto se pojavijo simptomi depresije, občutki nemoči, emocionalne izčrpanosti, izgorelosti, stresa, slabega počutja, anksioznosti, nizke samopodobe, izgube samozavesti in občutek krivde (Lanctôt & Guay, 2014; Nolimal, 2016; Cetinkaya, et al., 2018; Durmus, et al., 2018).
- Čustvene posledice: žrtve nasilja najpogosteje doživljajo strah, jezo, žalost, presenečenje, zamero, sovraštvo, prizadetost, razočaranje, obup, krivdo, ponižanje, ranljivost, osramočenost, občutek pomanjkanja varnosti, izgubo samozavesti in občutek manjvrednosti (Lanctôt & Guay, 2014; Delpont, 2018; Durmus, et al., 2018).
- Posledice, ki so povezane z delovnim funkcioniranjem: nasilje na delovnem mestu vpliva na produktivnost pri delu, zmanjša se učinkovitost, pripadnost organizaciji, zaposleni ne občutijo zadovoljstva pri delu, ki ga opravljajo. Žrtve nasilja na delovnem mestu občutijo odpor do dela, ki ga opravljajo, so nemotivirane za delo, izgubijo zaupanje v sodelavce in vodstvo ustanove. Nasilje na delovnem mestu je pogosto vzrok za bolniško odsotnost in odpoved delovnega razmerja (Purpora, et

al., 2015; Kvas & Seljak, 2015; Delport, 2018; Durmus, et al., 2018). V raziskavi so Fafliora in sodelavci (2016) ugotovili, da zaposleni v zdravstveni negi nasilje, sploh verbalno nasilje, pogosto smatrajo kot nekaj normalnega in kot del službe, zato ga ignorirajo in ne prijavljajo. Vzrok za to je tudi pomanjkanje smernic in protokolov, kako ravnati ob pojavu nasilja na delovnem mestu. Ignoriranje nasilja na delovnem mestu povzroči večjo možnost pojava nasilja in s tem več žrtev (Alameddine, et al., 2015; Richardson, et al., 2018).

- Posledice, ki so povezane s kakovostjo oskrbe in odnosom s pacienti: zaradi nasilja na delovnem mestu se lahko žrtve bojijo pacientov, kar vpliva tudi na količino in čas, ki ga preživijo z njimi, ter na naloge, ki jih opravljajo. Posledica pa je tudi izguba zanimanja za paciente in njihove težave (Lanctôt & Guay, 2014; Durmus, et al., 2018).

Ob nasilju na delovnem mestu pa posledice čuti tudi zdravstvena ustanova, saj se žrtve nasilja pogosto zatečejo k bolniškem staležu, poveča se fluktuacija, pojavi se slabša delovna klima, pri žrtvah upade občutek pripadnosti ustanovi, pojavijo se slabi odnosi med sodelavci in nezadovoljstvo na delovnem mestu. Zaradi odhodov žrtev na bolniški stalež se povečajo stroški v zdravstveni ustanovi, ob prijavljanju nasilja pa predstavljajo strošek tudi pravni postopki in vključevanje zunanjih sodelavcev ter posledično tudi odpravnine in odškodnine (Lanctôt & Guay, 2014; Kvas & Seljak, 2015; Fafliora, et al., 2016; Durmus, et al., 2018). Nolimal (2016) navaja, da se lahko po vzročnih analizah bolniških staležev in po poročanju zdravnikov družinske medicine in psihiatrije diagnoza »reakcija na hud stres in prilagoditvene motnje« pripiše trpinčenju na delovnem mestu. Pojavlja pa se tudi porast nekaterih diagnoz vedenjskih in duševnih motenj, ki so posledica nasilja na delovnem mestu.

Zaradi nasilja na delovnem mestu pa posledice čutijo tudi sodelavci žrtve. Zmanjša se sodelovanje, kar pogosto privede do razpada delovne strukture. Pojavijo se slabo delovno okolje, slabi odnosi med sodelavci, slaba komunikacija, zmanjšata se učinkovitost in storilnost. Pogosta posledica pa je tudi opravljanje dela namesto žrtve, saj ta tega ni več sposobna (Brečko, 2014; Fafliora, et al., 2016). Sodelavci so pogosto tudi priče nasilja, vendar zaradi strahu pred morebitnimi negativnimi posledicami molčijo o nasilju in žrtvi

ne pomagajo ali pa molčijo zaradi mišljenja, da s tem, ko bi spregovorili, ne bi nič dosegli. Pogosto molčijo in ne pomagajo tudi zaradi strahu, da se podobno zgodi tudi njim in še oni postanejo žrtve nasilja, zato postanejo na delovnem mestu previdni in tihi. Njihov strah pa lahko preraste v tako velikega, da se postavijo na stran povzročitelja nasilja in mu pri izvajanju nasilja celo pomagajo (Brečko, 2014; Hartley, et al., 2015; Richardson, et al., 2018).

## **2.5 PREPREČEVANJE NASILJA NA DELOVNEM MESTU V ZDRAVSTVU**

Povod za nasilje je stiska pacientov, njihovih svojcev in osebja. Zaposleni v zdravstveni negi se srečujejo z razmerami, ki lahko privedejo do nasilja, vendar pa so te razmere z uporabo ustreznega znanja in veščin lahko obvladljive (Blejc, 2016).

Preprečevanje nasilja na delovnem mestu v zdravstvu je kompleksen problem zaradi različnih vrst zdravstvenih ustanov in raznolikega dela zdravstvenega osebja, ki skrbijo za pacienta. Problema, ki so ju izpostavili tudi v raziskavah, narejenih v Sloveniji (Bojić, et al., 2016), sta nezadostna usposobljenost in pomanjkanje izobraževanj na temo nasilja na delovnem mestu. Preprečevanje in hitra prepoznavna nasilja sta pomembna, saj lahko s tem hitro ustavimo nasilje in preprečimo, da bi se stopnjevalo. Učinkovit program preprečevanja nasilja na delovnem mestu vključuje vodstvo ustanove, ki se zavzema za preprečevanje nasilja in sodelovanje zaposlenih. Prvi korak preprečevanja nasilja na delovnem mestu je, da vodstvo ustanove prepozna, da predstavlja nasilje na delovnem mestu nevarnost za varnost in zdravje zaposlenih. Pomembno pa je tudi zagotoviti možnost sistematičnega dokumentiranja in prijavljanja nasilja (Hartley, et al., 2015; OSHA, 2016; Babiarczyk, et al., 2020).

Flynn (2019) je izpostavila tri področja nadzora preprečevanja nasilja na delovnem mestu, to so inženirski in administrativni nadzor ter nadzor obnašanja. Pri inženirskem nadzoru se zaposlene zaščitijo pred morebitno nevarnostjo z varnostnimi ukrepi, s kontroliranim vstopom v zdravstveno ustanovo in oddelke v ustanovi, z varnostnimi kamerami in možnostjo klica na pomoč. Medtem ko se inženirski nadzor ukvarja z varnostnimi sistemi

se administrativni nadzor ukvarja z načinom dela zdravstvenega osebja. Pod to spada možnost prijavljanja nasilja, identifikacija pacientov in njihovih svojcev, ki imajo že znano preteklost nasilnega vedenja, izobraževanje in usposabljanje zaposlenih, izvajanje postopkov preprečevanja nasilja za zaposlene, ki imajo večjo verjetnost nasilja na delovnem mestu (na primer zaposleni, ki delajo sami, tisti, ki delajo v nočnih izmenah, na nevarnih oddelkih). Nadzor obnašanja vključuje povečanje znanja, spretnosti in ravnanja ob nasilnem dogodku. Zdravstveno osebje bi moralo biti izobraženo o nasilnih dogodkih, ki so se že zgodili v njihovem oddelku, pomembno je, da so seznanjeni z morebitnimi novostmi o preprečevanju nasilja v ustanovi, zdravstveno osebje se mora znati odzvati na grožnje z nasiljem, nasilje obvladati in umiriti situacijo, pomembno je, da znajo nasilje prijaviti. V primeru nasilja med sodelavci je treba določiti nekoga, ki ni vpleten v nasilje, ta pa naj izvede mediacijo med žrtvijo in povzročiteljem nasilja.

Programi preprečevanja nasilja in zmanjševanja nasilja na delovnem mestu morajo obravnavati vse ravni odziva na nasilno dejanje (Gillespie, et al., 2015; Kvas & Seljak, 2015; Blejc, 2016; Zdravniška zbornica Slovenije, 2019; Robbins, et al., 2019):

- prepoznavanje govornice telesa in znakov nemira (mežikanje, upočasnjeno gibanje, glasnejši ton govora, dolgotrajen očesni stik, drža telesa),
- spremljanje naraščanja jeze, impulzivnosti,
- oceniti nevarnost situacije,
- izbrati način deeskalacije in pravilen čas izvedbe,
- določitev znakov oziroma določitev načina komunikacije, s katero se lahko neopazno prikličemo pomoč (policija, varnostna služba),
- navodila, ki vključujejo vrste nenasilne samoobrambe s podatki, kdaj in kako se jo uporabi (tehnike za preusmeritev); pacienta nikoli ne ustavljamo s fizično silo, saj za to nismo usposobljeni.

### 2.5.1 Deeskalacijske tehnike

Deeskalacija je kombinacija strategij, tehnik in metod, namenjena zmanjšanju pacientove agresije in agitacije, s čimer zaščiti pacienta in zdravstveno osebje. Najpogostejša deeskalacijska tehnika je uporaba komunikacije, sledijo pa premiki pacienta v varnejše

okolje, uporaba varnostne razdalje, spremljanje pacientovega vedenja (Robbins, 2019). Price in Baker (2012) navajata sedem ključnih vsebin deeskalacijskih tehnik, to so verbalne in neverbalne veščine ter samokontrola zdravstvenega osebja, zagotavljanje varnega okolja, soočanje s pacientom, pravilna uporaba deeskalacijskih strategij in vedeti, kdaj posredovati.

Robbins (2019) in Flynn (2019) izpostavljata nasvete za učinkovito uporabo deeskalacijskih tehnik:

- biti empatičen in ne obsojajoč,
- uporabljati umirjeno (nenevarno) govorico telesa,
- spoštovanje osebnega prostora, od agresivne osebe se je treba umakniti vsaj za dolžino dveh rok,
- izogibanje pretiranim čustvenim reakcijam,
- dati poudarek na izražanju občutkov in čustev, zagotoviti odprto komuniciranje o njih,
- nasilni osebi se postavi meja in informiranje o nedopustnem vedenju ter predstavitev ukrepov ob pojavu takega vedenja,
- ignoriranje provokativnih vprašanj,
- pametno izbiranje, pri čem se vztraja, premišljeno odločanje o pravilih, o katerih se je mogoče pogajati in o katerih ne, v kolikor je mogoče, ponudimo več rešitev problema,
- uporabiti tišino za refleksijo, razmišljanje,
- vzeti si čas za odločitev,
- z agresivno osebo naj komunicira le ena oseba,
- v prostoru, kjer poteka komunikacija, se vrat ne zapira in se s tem omogoči izhod,
- če nasilna oseba zahteva umik iz prostora, se to upošteva.

V večini deeskalacijskih tehnik se uporablja neverbalna komunikacija, torej poslušamo, potrjujemo, uporabljamo ponavljanje in odsevanje. Pri komunikaciji z nasilno osebo govorimo mirno, pomirjujoče, a odločno, ne uporabljamo sarkazma in ne vpijemo. V primeru, da pacient oziroma oseba nasproti nas vpije, ne govorimo. Tišina se uporabi, ko želimo čas za razmislek. Vprašanja, ki jih uporabljamo pri deeskalaciji, so odprtega tipa

in so strukturirana tako, da ne povzročajo provokacije (ne uporabljamo besede zakaj). Pomembna je drža telesa, ki vključuje sproščeno držo s spuščeni rokami, ne žvečimo, ne izvajamo hitrih gibov, rok nimamo v žepih, ne obračamo hrbta. Nasilna oseba potrebuje štirikrat več prostora, zato se umaknemo od nje, ji zagotovimo prostor, lahko jo pospremimo v sobo, ji ponudimo, da se usede, lahko se usedemo tudi mi. Pri komunikaciji se izogibamo dotika, nasilno osebo spodbudimo, da pove, kaj se je zgodilo, situacijo razjasnimo in pomagamo rešiti problem (Lipovec, 2015; Robbins, 2019).

### 2.5.2 Varnostni ukrepi

Pri preprečevanju nasilja na delovnem mestu je treba dati poudarek tudi urejenosti in opremljenosti zdravstvenih ustanov. Pomembno je zagotoviti primerno osvetlitev (osvetlitev čakalnic, hodnikov, toaletnih prostorov, osvetlitev zunanjih površin, parkirnega prostora, osvetlitev vhoda v zdravstveno ustanovo), spremljati gibanje in pretok ljudi v ustanovi, zlasti na mestih prostega neomejenega dostopa (aparati za prigrizke, kavni avtomati, hodniki, čakalnice, toaletni prostori), spremljati število ljudi v čakalnicah. Pri opremljenosti zdravstvenih ustanov je treba dati poudarek na videz pohištva, ki naj bo preprosto, a funkcionalno, oprema naj daje miren, spoštljiv in organiziran videz. Predmeti, ki bi lahko bili uporabljeni kot orožje (škarje, obtežilnik, spenjač), naj bodo pospravljani in nedostopni za paciente in obiskovalce zdravstvenih ustanov (Hartley, et al., 2015; OSHA, 2016; Zdravniška zbornica Slovenije, 2019). Casey (2017) in OSHA (2016) navajata, da lahko za varnost v zdravstveni ustanovi poskrbimo tudi z videonadzorom pacientov, ki vstopajo v ustanovo, uporabi se lahko detektor kovin, prisoten je varnostnik ali policist, izhod iz prostora je možen skozi dva izhoda, v ustanovi poskrbimo za dobro osvetljavo, pri zaposlenih, ki delajo na terenu, uporabimo GPS-sledenje in zagotovimo, da so dosegljivi na telefon.

Za varno in učinkovito ukrepanje ob nasilnem dogodku mora delovati sistem priklica pomoči, kot so sistemi za videonadzor, alarmni gumbi in druga tehnična oprema. Zdravstveno osebje mora vzpostaviti protokole ukrepanja, hitre komunikacijske poti in uporabo dogovorjenih kod za pomoč ob nasilnem dogodku (npr. alarmni gumbi, dogovor med zdravstvenim osebjem za hitro obveščanje drugih zaposlenih in hiter priklic

varnostne službe, uporabo telefona oziroma klicne naprave za pomoč) (Gillespie, et al., 2010; Hartley, et al., 2015; Blejc, 2016; Ferri, et al., 2016; Cheung, et al., 2017).

### 2.5.3 Organizacijski ukrepi

Tveganje za nasilje v zdravstvu je povezano z organizacijo dela (dežurstva, izmensko delo, nočna izmena, obiski na domu, preobremenjenost zaposlenih), s poklicem samim (interakcija s pacienti in njihovimi svojci, obiskovalci) in institucionalno (zakonska in pravna odgovornost). Posledice nasilja na delovnem mestu v zdravstvu vplivajo na zdravje, življenje in varnost, zato je prednostna naloga uporaba preventivnih programov, ki vključujejo preprečevanje in obvladovanje nasilja na delovnem mestu. Nasilne dogodke je treba spremljati, dokumentirati, o njih poročati, po dogodku pa je treba preveriti varnostno oceno in jo po potrebi prilagoditi. Najpomembneje pa je oceniti potrebe po izobraževanju zdravstvenega osebja in izobraževanja izvesti. S stalnim izobraževanjem o nasilju na delovnem mestu zdravstveno osebje dobi znanje in veščine o prepoznavanju nasilja, prepoznavanju tveganja za nasilje ter različnih vrstah nasilja. Posebno pozornost je treba posvetiti novim zaposlenim, tistim, ki delajo sami, osebju, ki se pri delu srečuje s tveganjem za nasilje, in osebju, ki skrbi za varnost. Z izobraževanjem na temo nasilja pa je treba pričeti že v zdravstvenih šolah in tako izobraziti dijake oziroma študente, kako se odzvati pri nasilju s pacienti, njihovimi svojci, obiskovalci in sodelavci, ter jih podučiti, da nasilje na delovnem mestu ni del službe, ni sprejemljivo in se ga ne tolerira (Gillespie, et al., 2015; Kvas & Seljak, 2015; Zdravniška zbornica Slovenije, 2019).

V izobraževanje o nasilju na delovnem mestu je treba vključiti vse zaposlene v zdravstveni ustanovi. Izobraževanje naj vsebuje praktična znanja obvladovanja nasilne osebe in trening samoobrambe. Vsi zaposleni morajo razumeti koncept splošnih varnostnih ukrepov pri nasilju na delovnem mestu ter razumeti, da se nasilje lahko zgodi, vendar ga je možno preprečiti (OSHA, 2016). V programu za preprečevanje nasilja na delovnem mestu je OSHA (2016) izpostavila, na katera pomembna področja se je treba osredotočiti na izobraževanjih:

- politika preprečevanja nasilja na delovnem mestu,

- dejavniki tveganja za nastanek nasilja na delovnem mestu,
- postopek dokumentiranja spremembe vedenj pri pacientih,
- lokacija in delovanje varnostnih naprav,
- zgodnje prepoznavanje nasilnega vedenja in prepoznavanje opozorilnih znakov, ki vodijo do nasilnega dogodka,
- način prepoznavanja in preprečevanja agresivnega vedenja ter obvladovanja jeze,
- način ravnanja z nasilnimi ljudmi, ki niso pacienti, kot so svojci pacientov in obiskovalci,
- pravilna uporaba varnih prostorov, to so prostori, kjer lahko oseba najde zavetje pred nasilnim dogodkom,
- standardni akcijski načrt za odzivanje na nasilne dogodke, vključno z uporabo varnostnih naprav in pravilno uporabo komunikacije,
- postopki samoobrambe, kjer je to primerno,
- načini za zaščito sebe in sodelavcev,
- postopki za poročanje in vodenje evidence o nasilnih dogodkih,
- postopki za pridobitev zdravstvene oskrbe, svetovanja, odškodnine ali pravne pomoči v primeru nasilnega dogodka.

Poleg zaposlenih je treba dati poudarek na izobraževanje vodij, ki morajo biti usposobljeni za prepoznavanje tveganih situacij. Izobraževanje vodij mora vključevati tudi spodbujanje podrejenih k prijavljanju incidentov in iskanju ustrezne oskrbe po nasilnem dogodku. Vodje se morajo naučiti, kako zmanjšati nevarnost za nasilje na delovnem mestu, ter delavce spodbujati in jim zagotoviti ustrezno izobraževanje. Vodje v zdravstveni negi morajo sodelovati pri izdelavi programov za preprečevanje nasilja in pri procesih odločanja, ki vplivajo na organizacijsko kulturo, ta znanja in procese pa vključiti v delovno okolje (Kvas & Seljak, 2015; OSHA, 2016; Serafin, 2019).

#### 2.5.4 Ničelna toleranca do nasilja

Ničelna toleranca do nasilja v zdravstveni negi omogoča varno, kakovostno in strokovno obravnavo pacientov. Pomeni, da nasilja ne dopuščamo, ne povzročamo, se z njim ne strinjamo in ga ne nagrajujemo. Pomembno je, da vodstvo izraža ničelno toleranco do



nasilja. Vodstvo mora jasno in nedvoumno izraziti, da raznorazni konflikti in situacije, ki vodijo v nasilje, niso v interesu organizacije, s tem zagotovijo varno delovno okolje tako za zaposlene kot tudi za paciente (Krsnik Horvat, 2012; Judge & Bolton, 2013; Cheung, et al., 2017; Hassankhani & Soheili, 2017; Zdravniška zbornica Slovenije, 2019).

Ničelna toleranca do nasilja daje jasno sporočilo, da so vse vrste nasilja nesprejemljive in bodo sankcionirane. Da se zdravstvena ustanova zavzema za ničelno toleranco do nasilja, morajo vedeti tako zaposleni kot tudi pacienti in drugi obiskovalci. Ničelna toleranca mora vključevati listo neprimernih vedenj in posledice oziroma sankcije zoper ta vedenja. Vodje morajo biti usposobljene za prepoznavanje in sankcioniranje neprimernih vedenj, ki so navedena v ničelni toleranci, ko do njih pride, pa morajo znati ukrepati (Gillespie, et al., 2015; Flynn, 2019).

#### 2.5.5 Zakonska ureditev nasilja na delovnem mestu

V Sloveniji imamo z Zakonom o delovnih razmerjih (ZDR-1), ki je začel veljati leta 2013, v 7. členu opredeljeno prepoved spolnega nadlegovanja in drugih nadlegovanj ter trpinčenja na delovnem mestu.

»(1) Prepovedano je spolno in drugo nadlegovanje. Spolno nadlegovanje je kakršna koli oblika neželenega verbalnega, neverbalnega ali fizičnega ravnanja ali vedenja spolne narave z učinkom ali namenom prizadeti dostojanstvo osebe, zlasti kadar gre za ustvarjanje zastraševalnega sovražnega, ponižujočega, sramotilnega ali žaljivega okolja. Nadlegovanje je vsako neželeno vedenje, povezano s katero koli osebo okoliščino, z učinkom ali namenom prizadeti dostojanstvo osebe ali ustvariti zastraševalno, sovražno, ponižujoče, sramotilno ali žaljivo okolje.«

»(4) Prepovedano je trpinčenje na delovnem mestu. Trpinčenje na delovnem mestu je vsako ponavljajoče se ali sistematično, graje vredno ali očitno negativno in žaljivo ravnanje ali vedenje, usmerjeno proti posameznim delavcem na delovnem mestu ali v zvezi z delom.«

V 8. členu Zakona o delovnih razmerjih (2013) je opredeljeno, da je v primeru kršitve prepovedi diskriminacije in trpinčenja na delovnem mestu delodajalec odškodninsko odgovoren. 47. člen Zakona o delovnih razmerjih (2013) določa, da je delodajalec »dolžan zagotoviti takšno delovno okolje, v katerem noben delavec ne bo izpostavljen spolnemu in drugemu nadlegovanju ali trpinčenju s strani delodajalca, predpostavljenih ali sodelavcev. V ta namen mora delodajalec sprejeti ustrezne ukrepe za zaščito delavcev pred spolnim ali drugim nadlegovanjem ali pred trpinčenjem na delovnem mestu«. Delodajalec pa je dolžen o sprejetih ukrepih obvestiti delavce.

V Kazenskem zakoniku (KZ-1), ki je v veljavi od leta 2008, je v 197. členu opredeljeno kaznovanje šikaniranja na delovnem mestu.

»(1) Kdor na delovnem mestu ali v zvezi z delom s spolnim nadlegovanjem, psihičnim nasiljem, trpinčenjem ali neenakopravnim obravnavanjem povzroči drugemu zaposlenemu ponižanje ali prestrašenost, se kaznuje z zaporom do dveh let.«

»(2) Če ima dejanje iz prejšnjega odstavka za posledico psihično, psihosomatsko ali fizično obolenje ali zmanjšanje delovne storilnosti zaposlenega, se storilec kaznuje z zaporom do treh let.«

Na evropski ravni deluje več organizacij, ki zagotavljajo varnost in zdravje pri delu ter preprečujejo nasilje na delovnem mestu. Med njih spadajo Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu, Mednarodna organizacija dela in Evropska fundacija za izboljšanje življenjskih in delovnih pogojev. Na področju zdravstvene nege je v Sloveniji leta 1999 Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica – Zveza) ustanovila Delovno skupino za nenasilje v zdravstveni in babiški negi, katere cilj je ozaveščanje, izobraževanje in usposabljanje članov Zbornice – Zveze, raziskovanje pojavnosti nasilja na delovnih mestih v zdravstveni in babiški negi, nudenje strokovne multiprofesionalne pomoči ter sodelovanje na konferencah (Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2020).

## 2.6 UKREPI OB POJAVU NASILJA NA DELOVNEM MESTU V ZDRAVSTVU

Pri obravnavi nasilja na delovnem mestu v zdravstvu sledimo korakom: ustavitev nasilja, pomoč žrtvi in njena zaščita, zagotovitev varnosti, umik žrtve od povzročitelja, ukrepi za preprečevanje ponovnega nasilja, ločeni pogovori z žrtvijo in povzročiteljem nasilja ter opazovalci nasilnega dogodka, dokumentiranje in zapis dogodka ter prijava nasilja, sledita timska obravnava in neformalno (pozanimanje o ukrepih za zaščito, pogovor) ter formalno ukrepanje (sprožitev postopka, pritožbe, podajanje izjave na Inšpektorat za delo, če gre za šikaniranje, se poda izjavo na policijo ali tožilstvo, uporaba zunanje pravne pomoči (odvetnik, sindikat, Zbornica – Zveza), poišče se pomoč pri zagovorniku načel enakosti), sankcioniranje nasilja ter nadaljnji postopki preprečevanja nasilja (izobraževanje, sprejem pravil in dogovorov, evalviranje dosedanje prakse). Za zaposlene v zdravstveni negi velja, da je treba ukrepati ob srečanju z nasilno komunikacijo na delovnem mestu (Hartley, et al., 2015; Flynn, 2019; Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2020).

Za žrtve nasilja na delovnem mestu je priporočljivo, da storijo naslednje (Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, 2010; Lešnik Mugnaioni, 2011; Hartley, et al., 2015):

- vodijo dnevnik, v katerem si zapisujejo kraj in čas nasilnih dejanj, dejanja opišejo, zapišejo vpletene osebe in priče, sredstvo komunikacije in lastno počutje po dogodku,
- shranjujejo dokaze, kot so pisne evidence prič, zapisnike sestankov, običajno ali e-pošto, zapise z grožnjami, žaljivkami in zasmehovanji, morebitne pisne kritike, evidence obiskov pri zdravniku,
- se pogovorijo z zaupno osebo,
- poiščejo drugo mnenje, se obrnejo na osebo, ki ji zaupajo, s tem si ustvarijo bolj realno sliko dogajanja,
- poiščejo podporo v kolektivu, preverijo, kako sodelavci dojemajo, kaj se jim dogaja, mogoče ugotovijo, če je bilo več žrtev istega povzročitelja nasilja.

V Protokolu obravnave trpinčenja, spolnega in drugega nadlegovanja na delovnem mestu ali v zvezi z delom nad zaposlenimi v zdravstveni in babiški negi (Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi, 2010) je opredeljeno, da priča nasilnemu dejanju opozori povzročitelja na neprimerno komunikacijo in opozori na zakonsko prepoved nasilja na delovnem mestu, žrtvi nasilja predlaga pogovor, v soglasju z žrtvijo o nasilju obvesti nadrejeno osebo. Dolžnost vodje je, da žrtvi nasilja ponudi pogovor, s katerim poskuša razjasniti počutje žrtve, dogajanje, posledice nasilja, vpletene v nasilje, možne rešitve, seznaniti jo z internimi postopki in možnostmi prijave nasilja ter naredi zapisnik o dogajanju, ki ga podpišeta tako vodja kot žrtev nasilja. Vodja ponudi pomoč žrtvi, svetuje obisk pri zdravniku, svetuje o uporabi pravne pomoči in zunanje psihosocialne pomoči. Žrtev se za pomoč lahko obrne tudi na policijo, Inšpektorat za delo, zagovornika načel enakosti, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, Društvo SOS telefon, Klic v duševni stiski in varuha človekovih pravic.

### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen magistrskega dela z naslovom »Prisotnost nasilja med zaposlenimi v zdravstveni negi in ukrepi za zmanjševanje le-tega v zdravstvenih zavodih gorenjske regije« je bil raziskati, kolikšna je prisotnost nasilja med zaposlenimi v zdravstveni negi na Gorenjskem, kakšne vrste nasilja so med zaposlenimi v zdravstveni negi na Gorenjskem najpogostejše ter kdo nasilje najpogosteje povzroči. Prav tako nas je zanimalo, kakšne ukrepe izvajajo zdravstveni zavodi na Gorenjskem za zmanjševanje in preprečevanje nasilja v zdravstveni negi in kakšne občutke so doživljali zaposleni v zdravstveni negi ob pojavu nasilja ter kakšen je odziv žrtev na nasilje v zdravstveni negi.

Cilji:

- C1: Ugotoviti vrsto nasilja, ki so jo zaposleni v zdravstveni negi v raziskanih zdravstvenih zavodih prepoznali kot najpogostejšo, in ugotoviti najpogostejšega povzročitelja tega nasilja.
- C2: Ugotoviti ukrepe, ki jih izvajajo raziskani zdravstveni zavodi na Gorenjskem za zmanjševanje nasilja v zdravstveni negi.
- C3: Ugotoviti občutke zaposlenih v zdravstveni negi ob pojavu nasilja in odziv žrtev na nasilje v zdravstveni negi v raziskanih zdravstvenih zavodih.

#### 3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE

Z raziskavo smo preverili veljavnost naslednjih hipotez:

- H1: V raziskanih zdravstvenih zavodih je pacient prepoznan kot statistično pomembno najpogostejši povzročitelj nasilja med zaposlenimi v zdravstveni negi.
- H2: Psihično nasilje med zaposlenimi v zdravstveni negi v raziskanih zdravstvenih zavodih je statistično značilno pogostejše pri zaposlenih, ki so ženskega spola, stari do 40 let in imajo do 10 let delovne dobe v zdravstvu.

- H3: Zaposleni v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo v raziskanih zdravstvenih zavodih pogosteje molčijo o nasilju v zdravstveni negi v primerjavi z zaposlenimi v zdravstvenih negi z visokošolsko izobrazbo.
- H4: Zaposleni v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo v raziskanih zdravstvenih zavodih pogosteje odidejo na bolniški stalež.
- H5: Zaposleni v zdravstveni negi v raziskanih zdravstvenih zavodih z visoko strokovno izobrazbo, univerzitetno izobrazbo in strokovnim magisterijem statistično dajejo večji pomen teoretičnim in praktičnim delavnicam ter izobraževanjem s področja reševanja in zmanjševanja nasilja v zdravstveni negi v primerjavi z zaposlenimi s srednješolsko izobrazbo.

### 3.3 METODE RAZISKOVANJA

#### 3.3.1 Dizajn raziskave

Magistrsko delo temelji na mešani metodi raziskovanja. Teoretični del magistrskega dela temelji na pregledu strokovne in znanstvene literature, podatki v empiričnem delu pa so pridobljeni po kvantitativni in kvalitativni metodi raziskovanja.

Teoretični del temelji na pregledu strokovne in znanstvene literature, ki je dostopna v splošnih in strokovnih knjižnicah v Sloveniji ter s pomočjo tujih baz podatkov. Pri slovenski literaturi smo uporabili virtualno knjižnico Slovenije COBISS. Uporabili smo naslednje ključne besede: nasilje, zdravstvena nega, zdravstvo, zdravstveni zavod, medicinska sestra, prijavljanje nasilja. Uporabili smo Boolov logični operator »in« in »v«, iskanje literature smo omejili na zadnjih pet let (izjemoma na deset let).

Za iskanje tujih člankov smo uporabili podatkovne baze CINAHL, PROQUEST, MEDLINE, PUBMED in SPRINGERLINK. Pri iskanju smo uporabili ključne besede: violence, nurse, health care, employees in health care, health institution, to report violence. Uporabili smo Boolov logični operator »and« in »in« v različnih kombinacijah, zadetke smo omejili na polno besedilo in časovno omejitev pet let (izjemoma tudi deset let). Podatki v empiričnem delu magistrskega dela so pridobljeni s pomočjo strukturiranega vprašalnika.

### 3.3.2 Instrument raziskave

Za izvedbo empirične neeksperimentalne kvantitativne raziskave smo podatke zbrali s tehniko anketiranja. Uporabili smo strukturiran vprašalnik. Vprašalnik je bil sestavljen iz treh sklopov. Vprašanja so bila odprtega tipa, izbirna in trditve z oceno strinjanja. Prvi sklop je vseboval vprašanja ( $n = 5$ ) o socialnodemografskih značilnostih anketirancev, dve vprašanji sta bili odprtega tipa, tri pa zaprtega. Drugi sklop je bil sestavljen iz dveh zaprtih vprašanj, ki sta se nanašali na pogostnost nasilja v zdravstveni negi, in dveh posameznih podsklopov, kjer je bilo skupno postavljenih 13 trditev, in sicer: trditve o povzročiteljih nasilja v zdravstveni negi ( $n = 9$ ) in vrsti nasilja v zdravstveni negi ( $n = 4$ ). Pri dveh podsklopih s trditvami smo uporabili Likertovo lestvico, za opredelitev pogostnosti je število 1 pomenilo nikoli, število 5 pa vedno (1 – nikoli, 2 – redko, 3 – včasih, 4 – pogosto, 5 – vedno). Tretji sklop vprašanj je bil sestavljen iz treh podsklopov s trditvami, kjer je bilo skupno 27 trditev, in sicer: odziv žrtev nasilja v zdravstveni negi ( $n = 11$ ), ukrepi, ki jih zdravstveni zavodi izvajajo za zmanjševanje nasilja v zdravstveni negi ( $n = 8$ ), in ukrepi, za katere zaposleni v zdravstveni negi menijo, da so najbolj pomembni za reševanje in zmanjševanje nasilja v zdravstveni negi ( $n = 8$ ). Pri vseh treh podsklopih s trditvami smo uporabili Likertovo lestvico, s katero smo opredelili pogostnost. Število 1 je pomenilo nikoli, število 5 pa vedno (1 – nikoli, 2 – redko, 3 – včasih, 4 – pogosto, 5 – vedno).

Zadnje vprašanje v vprašalniku je bilo odprtega tipa in se nanaša na osebno izkušnjo anketiranca z nasiljem v zdravstveni negi, opisovali so nasilne dogodke in občutke, ki so jih pri tem doživeli. Uporabili smo kvalitativno metodo raziskovanja, kjer smo iz citatov anketiranih oblikovali 25 kod in iz njih razvili 5 kategorij.

Ker nismo našli primerne vprašalnika za našo temo raziskovanja, smo na podlagi že narejenih raziskav sestavili svoj vprašalnik, ki se nanaša na prisotnost nasilja med zaposlenimi v zdravstveni negi in ukrepe za zmanjševanje le-tega. Vprašalnik so pregledali strokovnjaki s področja zdravstvene nege.

Pri sestavljanju vprašalnika smo izhajali iz raziskav, narejenih v Sloveniji in po svetu:

- Kvas, et al. (2012): raziskovali so nasilje med zaposlenimi v zdravstveni negi v Sloveniji in njihov odziv na nasilje;
- Vičar (2015): raziskovali so pogostost in vrste nasilja med zaposlenimi v zdravstveni negi v Sloveniji, njihove odzive na nasilje in ukrepe za preprečevanje nasilja na delovnem mestu;
- Gabrovec (2015): raziskovali so vrste in pogostost nasilja med zaposlenimi na reševalnih postajah v Sloveniji;
- Zhao, et al. (2015): raziskovali so pogostost, vrste in dejavnike nasilja v zdravstveni negi na Kitajskem ter ukrepe za preprečevanje nasilja v zdravstvu;
- Bojić, et al. (2016): raziskovali so nasilje v zdravstveni negi na področju nujne medicinske pomoči in psihiatrije v Sloveniji;
- Bayram, et al. (2017): raziskovali so pogostost nasilja pri zaposlenih v zdravstveni negi na področju nujne medicinske pomoči v Turčiji in ukrepe za preprečevanje nasilja na delovnem mestu.

Izvedli smo pilotno testiranje vprašalnika, v katerega smo vključili 26 zaposlenih v zdravstveni negi v Diagnostičnem centru Bled z namenom izboljšanja razumevanja, oblike in vsebine vprašanj. Pri pilotnem testiranju nismo dobili nobenih pripomb ali dopolnitev s strani anketiranih, zato vprašalnika nismo spreminjali.

S statističnim orodjem SPSS smo izračunali Cronbachov koeficient alfa, ki meri notranjo konsistentnost oziroma zanesljivost vprašalnika. Z izračunom preverimo zanesljivost merskih lestvic, ki smo jih uporabili v vprašalniku, intervalne lestvice so predpogoj za izračun Cronbachovega koeficienta alfa. Vrednosti koeficienta se gibljejo na intervalu od 0 do 1, višje vrednosti pa pomenijo boljšo zanesljivost. Z izračunom zanesljivosti vprašalnika se prepričamo, da bi dobili enake rezultate, če bi enaka skupina anketirancev ponovno izpolnila enak vprašalnik (Ojstršek & Škrjanec, 2012).

Izračunali smo zanesljivost vseh vprašanj z intervalnimi lestvicami po sklopih. Zanesljivost vprašalnika je spremenljiva v sklopu vprašanj »Vrste nasilja v zdravstveni



negi«, saj je koeficient zanesljivosti 0,692. Zanesljivost vprašalnika v vseh preostalih sklopih pa je dobra, saj je vrednost koeficientov med 0,771 in 0,885.

**Tabela 1: Zanesljivost vprašanj z intervalnimi lestvicami po sklopih**

Sklop trditev	Število trditev	Cronbachov koeficient alfa
Povzročitelji nasilja v zdravstveni negi	9	0,885
Vrste nasilja v zdravstveni negi	4	0,692
Odziv žrtev nasilja v zdravstveni negi	11	0,851
Ukrepi, ki jih izvajajo zdravstveni zavodi za zmanjševanje nasilja v zdravstveni negi	8	0,771
Ukrepi, za katere zaposleni v zdravstveni negi menijo, da so najbolj pomembni za reševanje nasilja v zdravstveni negi	8	0,867

### 3.3.3 Udeleženci raziskave

V raziskavo smo vključili celotno populacijo zaposlenih (n = 526) v zdravstveni negi iz Osnovnega zdravstva Gorenjske (n = 500) in Diagnostičnega centra Bled (n = 26). Pod Osnovno zdravstvo Gorenjske spadajo Zdravstveni dom Bled, Zdravstveni dom Bohinj, Zdravstveni dom Jesenice, Zdravstveni dom Kranj, Zdravstveni dom Radovljica, Zdravstveni dom Škofja Loka in Zdravstveni dom Tržič. Raziskava je potekala od 2. 7. 2020 do 2. 10. 2020, izvedli smo jo po predhodni pisni pridobitvi Soglasja zavoda/ organizacije za raziskovanje v okviru magistrskega dela s strani Osnovnega zdravstva Gorenjske in Diagnostičnega centra Bled.

Raziskavo smo izvedli pri zaposlenih v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo, visoko strokovno izobrazbo, univerzitetno izobrazbo in strokovnim magisterijem. Podatke o številu zaposlenih po posameznih stopnjah izobrazbe so nam pri Osnovnem zdravstvu Gorenjske posredovali iz tajništva, v Diagnostičnem centru Bled nam je podatke posredovala glavna medicinska sestra. V tabeli 2 je prikazano število zaposlenih glede na izobrazbo po posameznih zdravstvenih ustanovah, število zaposlenih v zdravstveni negi z visoko strokovno izobrazbo, univerzitetno izobrazbo in strokovnim magisterijem smo združili.

**Tabela 2: Število zaposlenih v zdravstveni negi v zdravstvenih zavodih na Gorenjskem po izobrazbi**

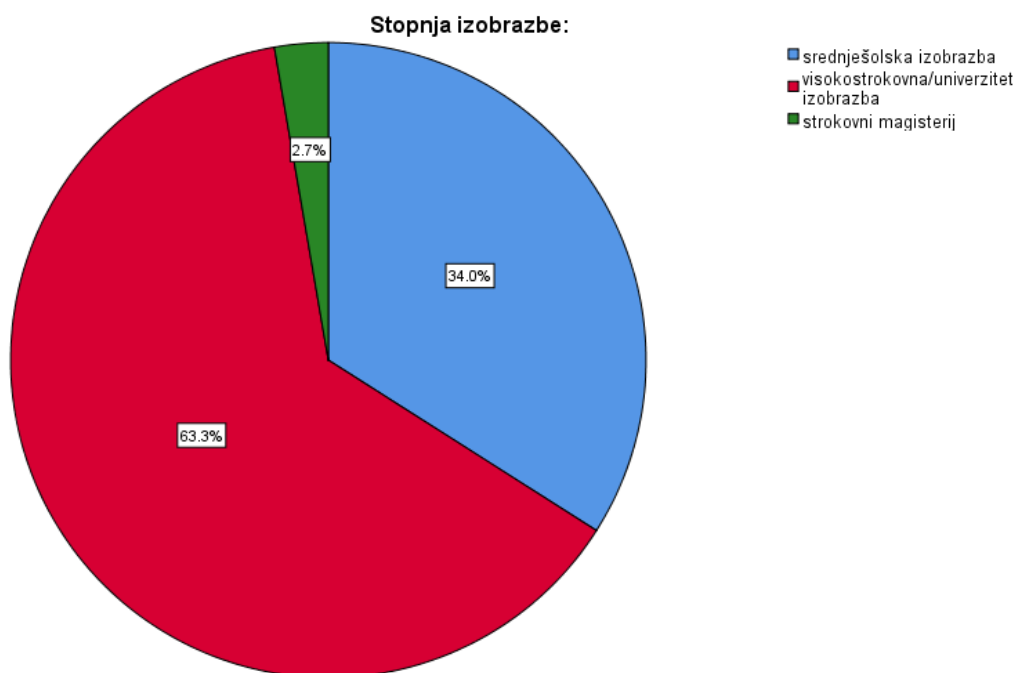
Zdravstvena ustanova	Srednješolska izobrazba	Visoka strokovna izobrazba, univerzitetna izobrazba, strokovni magisterij
Osnovno zdravstvo Gorenjske	163	337
Diagnostični center Bled	17	9
Skupaj	180	346

Skupni vzorec merjencev je zajemal 526 zaposlenih v zdravstveni negi, od tega jih ima 180 srednješolsko izobrazbo in 346 visoko strokovno izobrazbo, univerzitetno izobrazbo in strokovni magisterij. Pričakovali smo 70 % realizacijo, vendar pa je odgovorilo le 294 od 526 anketiranih, kar predstavlja 56 % realizacijo vzorca.

Med anketiranim zaposlenimi v zdravstveni negi je bilo 240 (81,6 %) žensk in 54 (18,4 %) moških. Povprečna starost anketirancev je znašala 40,11 leta (SO = 10,36). Struktura anketirancev glede na starost je bila zelo raznolika. Največ anketirancev (18) je bilo starih 44 let. Večina anketirancev je stara med 29 in 47 let. Najmlajši anketiranec je bil star 20 let, najstarejši pa 65 let.

Povprečna delovna doba v zdravstvu je znašala 17,55 leta (SO = 10,99). Največ anketiranih (26) ima 5 let delovne dobe v zdravstvu. Minimalna delovna doba v zdravstvu med anketiranimi je 1 leto, maksimalna pa 41 let. Povprečno so anketirani v trenutni službi 9,38 leta (SO = 7,99). Maksimalno število let v isti službi med anketiranimi je 38 let.

Med anketiranimi jih ima največ, 186 (63,3 %), visoko strokovno/univerzitetno izobrazbo. 100 (34 %) anketiranih ima srednješolsko izobrazbo in 8 (2,7 %) anketiranih ima strokovni magisterij. Strukturo anketiranih glede na stopnjo izobrazbe prikazuje slika 1.



**Slika 1: Struktura anketirancev glede na stopnjo izobrazbe**

Največ anketiranih, 28,9 % (85), je zaposlenih v Zdravstvenem domu Kranj, sledijo jim zaposleni Zdravstvenega doma Jesenice, kjer je bilo anketiranih 21,4 % (63) zaposlenih, in zaposleni Zdravstvenega doma Škofja Loka, kjer je bilo anketiranih 15,6 % (46) zaposlenih. Najmanj anketiranih, 3,1 % (9), je bilo iz Zdravstvenega doma Bohinj. Strukturo anketiranih glede na demografske podatke prikazuje tabela 3.

**Tabela 3: Struktura anketirancev glede na demografske podatke**

		N	%
SPOL	Ženski	240	81,6
	Moški	54	18,4
STAROST	< 40 let	147	50
	> = 40 let	147	50
ŠTEVILO LET DELA V ZDRAVSTVU	< 10 let	86	29,3
	> = 10 let	208	70,7
ŠTEVILO LET DELA V SEDANJI SLUŽBI	< 10 let	178	60,5
	> = 10 let	116	39,4
STOPNJA IZOBRAZBE	Srednješolska izobrazba	100	34
	Visoka strokovna / univerzitetna izobrazba	186	63,3
	Strokovni magisterij	8	2,7
ZDRAVSTVENI ZAVOD	Diagnostični center Bled	25	8,5
	Zdravstveni dom Bled	24	8,1
	Zdravstveni dom Bohinj	9	3,1

		N	%
<b>ZDRAVSTVENI ZAVOD</b>	Zdravstveni dom Jesenice	63	21,4
	Zdravstveni dom Kranj	85	28,9
	Zdravstveni dom Radovljica	19	6,5
	Zdravstveni dom Škofja Loka	46	15,6
	Zdravstveni dom Tržič	23	7,8

Legenda: N = število zaposlenih, % = odstotek.

### 3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Pred izvajanjem anketiranja smo pridobili pisni Soglasji zavoda za raziskovanje v okviru magistrskega dela. Soglasji smo pridobili 20. 5. 2020 (Diagnostični center Bled) in 17. 6. 2020 (Osnovno zdravstvo Gorenjske). Pri izvajanju anketiranja in uporabi podatkov za izvedbo magistrskega dela sta bila zagotovljena popolna anonimnost in varstvo pridobljenih podatkov.

Raziskava je potekala od 2. 7. 2020 do 2. 10. 2020. Vprašalnik smo pripravili v spletni obliki, in sicer z uporabo portala [IKA](#). Vprašalnik smo prek elektronske pošte posredovali glavnim medicinskim sestram in tajništvu vsakega zdravstvenega doma v Osnovnem zdravstvu Gorenjske ter glavni medicinski sestri Diagnostičnega centra Bled, glavne medicinske sestre oziroma tajništva so povezavo do vprašalnika posredovala vsem zaposlenim v zdravstveni negi v njihovem zdravstvenem zavodu.

Zaradi zelo slabe odzivnosti v zdravstvenih domovih smo glavne medicinske sestre oziroma tajništvo trikrat prosili (prek elektronske pošte in telefonskega pogovora) za ponovno posredovanje povezave do vprašalnika zaposlenim. Klikov na vprašalnik je bilo 521. Vprašalnik je izpolnjevalo 356 anketirancev, končnih in popolnoma izpolnjenih vprašalnikov, ki so bili ustrezni za analizo, smo prejeli 264.

### 3.3.5 Obdelava podatkov

Pridobili smo kvantitativne podatke, ki smo jih analizirali s programskim orodjem SPSS, različica 25. Za posamezne spremenljivke smo uporabili osnovne statistične izračune: aritmetično sredino, standardni odklon, frekvenco in odstotke ter naslednje statistične metode:

- Cronbachov koeficient alfa, s katerim smo izračunali zanesljivost vprašalnika,
- parni t-test za primerjavo povprečij pri odvisnih vzorcih glede ugotavljanja najpogostejšega povzročitelja nasilja v zdravstveni negi,
- t-test enakosti aritmetičnih sredin za ugotavljanje pogostosti psihičnega nasilja glede na spol, starost do in nad 40 let in delovno dobo do in nad 10 let ter za ugotavljanje pomembnosti delavnic glede na dve izobrazbeni skupini,
- robustni test za preverjanje enakosti povprečij med izobrazbenimi skupinami glede na odziv na nasilje,
- ANOVO za ugotavljanje razlik med izobrazbenimi skupinami glede na odziv na nasilje.

Rezultate smo prikazali v obliki tabel in grafov.

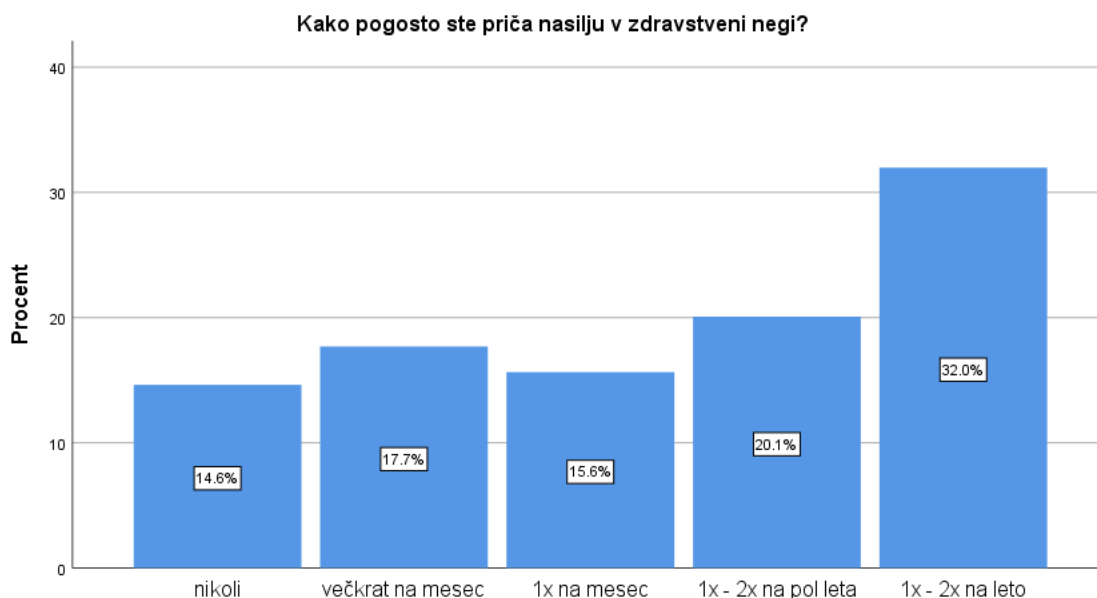
Glede na večje število (17 %) odgovorov anketiranih na zadnje, odprto vprašanje smo se naknadno odločili za kvalitativni raziskovalni pristop vsebinske analize odgovorov anketirancev. Osrednji del kvalitativne vsebinske analize je proces kodiranja, ki je postopek kategoriziranja enot kvalitativnega gradiva. S kodiranjem povzemamo dele besedila, nato pa kode združimo v kategorije (Kordeš & Smrdu, 2015).

## 3.4 REZULTATI

### 3.4.1 Opisna statistika

Slika 3 prikazuje strukturo anketiranih glede na pogostost nasilja med zaposlenimi v zdravstveni negi. Največ anketiranih, 32 % (94), je priča nasilju med zaposlenimi v zdravstveni negi 1–2-krat na leto, sledijo tisti, ki so bili priče nasilju med zaposlenimi v

zdravstveni negi 1–2-krat na pol leta, teh je bilo 20,1 % (59). 17,7 % (52) anketiranih je priča nasilju večkrat na mesec, 14,6 % (43) anketiranih pa se z nasiljem med zaposlenimi v zdravstveni negi še ni srečalo.



**Slika 2: Delež anketirancev glede na pogostnost nasilja med zaposlenimi v zdravstveni negi**

Večina anketiranih v zdravstveni negi, 168 (57,1 %), je zatrdila, da so bili tekom svojega dela sami žrtev nasilja v zdravstveni negi. 126 (42,9 %) anketiranih pa pri svojem delu ni bilo žrtev nasilja v zdravstveni negi.

Anketirane v zdravstveni negi smo spraševali, kdo so povzročitelji nasilja v zdravstveni negi oziroma kako pogosti so ti povzročitelji nasilja v zdravstveni negi. Iz tabele 4 lahko razberemo, da so v povprečju najpogostejši povzročitelji nasilja v zdravstveni negi pacienti (PV = 3,54; SO = 0,94) oziroma sorodnik pacienta oziroma obiskovalec (PV = 3,35; SO = 0,95). V tem sklopu je bila v povprečju nad 3 kot povzročitelj nasilja v zdravstveni negi ocenjena tudi oseba, ki je starejša od anketiranih (PV = 3,12; SO = 0,97). V povprečju pa so po mnenju anketiranih najmanj pogosti povzročitelji nasilja v zdravstveni negi nadrejeni (PV = 2,30; SO = 0,97), sodelavci (PV = 2,42; SO = 0,96) in zdravniki (PV = 2,46, SO = 0,96).

**Tabela 4: Povprečja sklopa vprašanj o povzročiteljih nasilja v zdravstveni negi**

Trditev	N	PV	SO
Povzročitelj nasilja v zdravstveni negi je pacient.	294	3,54	0,94
Povzročitelj nasilja v zdravstveni negi je sorodnik pacienta oziroma obiskovalec.	294	3,35	0,95
Povzročitelj nasilja v zdravstveni negi je sodelavec (druga medicinska sestra, zdravstveni delavec).	294	2,42	0,96
Povzročitelj nasilja v zdravstveni negi je nadrejeni (vodja oddelka/glavna medicinska sestra).	294	2,30	0,97
Povzročitelj nasilja v zdravstveni negi je zdravnik.	294	2,46	0,96
Povzročitelj nasilja v zdravstveni negi je oseba moškega spola.	294	2,99	0,95
Povzročitelj nasilja v zdravstveni negi je oseba ženskega spola.	294	2,98	0,93
Povzročitelj nasilja v zdravstveni negi je oseba, ki je mlajša od vas.	294	2,78	0,98
Povzročitelj nasilja v zdravstveni negi je oseba, ki je starejša od vas.	294	3,12	0,97

Legenda: N = število odgovorov na trditev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon.

Anketirane v zdravstveni negi smo spraševali, kako pogosto so prisotne določene vrste nasilja v zdravstveni negi. Iz tabele 5 lahko razberemo, da je v povprečju najpogostejša vrsta nasilja v zdravstveni negi psihično nasilje (PV = 3,69; SO = 0,91). Kot drugo vrsto nasilja v zdravstveni negi anketirani v povprečju ocenjujejo ekonomsko nasilje (PV = 2,65; SO = 1,10). V tem sklopu pa anketirani v zdravstveni negi najslabše v povprečju ocenjujejo spolno nasilje (PV = 1,92; SO = 0,82) in fizično nasilje (PV = 1,94, SO = 0,79).

**Tabela 5: Povprečja sklopa vprašanj o vrstah nasilja v zdravstveni negi**

Trditev	N	PV	SO
V zdravstveni negi je prisotno fizično nasilje (udarci, prerivanje, pljuvanje itd.).	294	1,94	0,79
V zdravstveni negi je prisotno psihično nasilje (verbalno nasilje, grožnje, žaljenje itd.).	294	3,69	0,91
V zdravstveni negi je prisotno ekonomsko nasilje (neplačevanje nadurnega dela, opravljanje nalog namesto sodelavcev itd.).	294	2,65	1,10
V zdravstveni negi je prisotno spolno nasilje (nadlegovanje, otipavanje, neprimerni komentarji itd.).	294	1,92	0,87

Legenda: N = število odgovorov na trditev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon.

Anketirane v zdravstveni negi smo spraševali, kako pogosto se zaposleni v zdravstveni negi odzovejo na nasilje. Iz tabele 6 lahko razberemo, da je v povprečju najpogostejši odziv na nasilje v zdravstveni negi, da to povedo sodelavcu (PV = 3,65; SO = 0,91) ali nadrejeni osebi (PV = 3,14; SO = 1,05). V povprečju najmanj pogost odziv na nasilje v zdravstveni negi je prijava na pristojni inšpektorat (PV = 1,69; SO = 0,74), da si poiščejo odvetnika (PV = 1,79; SO = 0,68) in da o nasilju obvestijo Zbornico – Zvezo (PV = 1,80, SO = 0,82).

**Tabela 6: Povprečja sklopa vprašanj o odzivu na nasilje v zdravstveni negi**

Trditev	N	PV	SO
Odziv zaposlenih na nasilje v zdravstveni negi: za nasilje ne povedo nobenemu.	294	2,87	0,96
Odziv zaposlenih na nasilje v zdravstveni negi: za nasilje povedo sodelavcu.	294	3,65	0,91
Odziv zaposlenih na nasilje v zdravstveni negi: za nasilje povedo nadrejeni osebi.	294	3,14	1,05
Odziv zaposlenih na nasilje v zdravstveni negi: podajo pisno izjavo o nasilju.	294	2,27	0,98
Odziv zaposlenih na nasilje v zdravstveni negi: nasilje prijavijo policiji.	294	1,93	0,79
Odziv zaposlenih na nasilje v zdravstveni negi: o nasilju obvestijo sindikat.	294	1,87	0,80
Odziv zaposlenih na nasilje v zdravstveni negi: o nasilju obvestijo Zbornico – Zvezo (Delovno skupino za nenasilje).	294	1,80	0,82
Odziv zaposlenih na nasilje v zdravstveni negi: poiščejo pomoč pri organizacijah, ki nudijo strokovno psihično pomoč.	294	1,86	0,77
Odziv zaposlenih na nasilje v zdravstveni negi: poiščejo si odvetnika.	294	1,79	0,68
Odziv zaposlenih na nasilje v zdravstveni negi: podajo izjavo na pristojni inšpektorat.	294	1,69	0,74
Odziv zaposlenih na nasilje v zdravstveni negi: odidejo na bolniški stalež.	294	2,62	1,00

Legenda: N = število odgovorov na trditev, PV= povprečna vrednost, SO = standardni odklon.

Anketirane v zdravstveni negi smo spraševali, kateri so najpogostejši ukrepi, ki jih izvajajo raziskani zdravstveni zavodi za zmanjšanje nasilja v zdravstveni negi. Iz tabele



7 lahko razberemo, da sta v povprečju najpogostejša ukrepa za zmanjševanje nasilja v zdravstveni negi uvedena nična toleranca do nasilja (PV = 2,94; SO = 1,30) in uveden protokol ob pojavu nasilja med zdravstvenimi delavci (PV = 2,62; SO = 1,23). V povprečju najmanj pogosta ukrepa zaradi nasilja v zdravstveni negi pa sta, da je v zdravstvenem zavodu prisoten varnostnik (PV = 1,44; SO = 0,73) ter izvajanje tečajev samoobrambe (PV = 1,56, SO = 0,74).

**Tabela 7: Povprečja sklopa vprašanj o ukrepih za zmanjševanje nasilja v zdravstveni negi**

Trditev	N	PV	SO
Ukrepi za zmanjševanje nasilja v zdravstveni negi: izvajanje izobraževanj na temo nasilja v zdravstvu.	294	2,37	0,88
Ukrepi za zmanjševanje nasilja v zdravstveni negi: izvajanje izobraževanj o veščinah reševanj konfliktov (deeskalacijskih tehnikah).	294	2,34	0,95
Ukrepi za zmanjševanje nasilja v zdravstveni negi: izvajanje tečajev samoobrambe.	294	1,56	0,74
Ukrepi za zmanjševanje nasilja v zdravstveni negi: uvedena je ničelna toleranca do nasilja.	294	2,94	1,30
Ukrepi za zmanjševanje nasilja v zdravstveni negi: uveden je protokol ob pojavu nasilja med zdravstvenimi delavci.	294	2,62	1,23
Ukrepi za zmanjševanje nasilja v zdravstveni negi: po zdravstvenem zavodu so nameščene varnostne kamere.	294	2,13	1,16
Ukrepi za zmanjševanje nasilja v zdravstveni negi: v zdravstvenem zavodu je prisoten varnostnik.	294	1,44	0,73
Ukrepi za zmanjševanje nasilja v zdravstveni negi: zdravstveni zavod uvaja ukrepe za zmanjševanje nasilja.	294	2,32	1,02

Legenda: N = število odgovorov na trditev, PV= povprečna vrednost, SO = standardni odklon.

Anketirane v zdravstveni negi smo spraševali, kako pomembna sta znanje in izobraževanje s področja reševanja in zmanjševanja nasilja v zdravstveni negi. Iz tabele 8 lahko razberemo, da je za anketirane v povprečju najpomembnejše, da je za pomoč žrtvam nasilja potrebna uvedba strokovne pomoči (PV = 4,28; SO = 0,89) ter da je za varno oskrbo pacientov potrebno izobraževanje z večkratnimi obnovitvenimi delavnicami (PV = 4,26; SO = 0,89). V povprečju je najmanj, a vseeno zelo pomembno, da je za pomoč zaposlenim pred nasilnimi pacienti treba uvesti tečaj samoobrambe (PV = 3,73; SO =

1,19) ter da je znanje, s katerim razpolagajo, zadostno za obvladovanje nasilnega pacienta (PV = 3,79; SO = 1,09).

**Tabela 8: Povprečja sklopa vprašanj o znanju in ravnanju v primeru nasilja v zdravstveni negi**

Trditev	N	PV	SO
Znanje, s katerim razpolagam, je zadostno za obvladovanje nasilnega pacienta.	294	3,79	1,09
Za varno oskrbo pacientov so potrebne teoretične delavnice.	294	3,96	0,99
Za varno oskrbo pacientov so potrebne praktične delavnice.	294	4,17	0,96
Za varno oskrbo pacientov so potrebne pisne smernice ukrepanja ob pojavu nasilja.	294	4,21	0,95
Za varno oskrbo pacientov je potrebno izobraževanje z večkratnimi obnovitvenimi delavnicami.	294	4,26	0,89
Za pomoč zaposlenim pred nasilnimi pacienti je treba uvesti tečaj samoobrambe.	294	3,73	1,19
Za pomoč žrtvam nasilja je potrebna uvedba strokovne pomoči.	294	4,28	0,89
Za pomoč žrtvam nasilja v zdravstveni negi je potrebna uvedba telefonske svetovalne linije.	294	3,95	1,11

Legenda: N = število odgovorov na trditev, PV= povprečna vrednost, SO = standardni odklon.

### 3.4.2 Rezultati, vezani na hipoteze

#### **Hipoteza 1: V raziskanih zdravstvenih zavodih je pacient prepoznani kot statistično pomembno najpogostejši povzročitelj nasilja med zaposlenimi v zdravstveni negi.**

Za preverjanje hipoteze 1 smo se osredotočili na sklop vprašanj, s katerimi smo anketirane v zdravstveni negi spraševali, kdo so povzročitelji nasilja v zdravstveni negi oziroma kako pogosti so ti povzročitelji nasilja v zdravstveni negi. Že iz tabele 4 smo lahko razbrali, da so v povprečju najpogostejši povzročitelji nasilja v zdravstveni negi pacienti (PV = 3,54), sledijo jim sorodniki pacientov oziroma obiskovalci (PV = 3,35) in starejše osebe od anketiranih (PV = 3,12). Ker smo želeli našo domnevo tudi statistično potrditi, smo uporabili parni t-test, s katerim smo primerjali povprečje povzročiteljev nasilja pacientov glede na povprečja povzročiteljev nasilja sorodnikov pacientov in starejših oseb od anketiranih, saj so ta povprečja presegla povprečno vrednost.

**Tabela 9: Parni t-test za dva različna para trditve o povzročiteljih nasilja**

Povzročitelji nasilja v zdravstveni negi		Parne razlike					t	sp	P (2-stranski)
		Povpr. razlika	St. odklon	St. napaka povpr.	95 % interval zaupanja za razliko				
					spodnja	zgornja			
Par 1	pacient – sorodnik pacienta oziroma obiskovalec	0,184	0,711	0,041	0,102	0,265	4,430	293	< 0,001
Par 2	pacient – oseba, ki je starejša od vas	0,415	0,900	0,052	0,312	0,518	7,905	293	< 0,001

Legenda: t = t-test, p = vrednost statistične značilnosti.

Tabela 9 prikazuje rezultate dveh izvedenih parnih t-testov. P-vrednost je v našem primeru pri obeh parih  $< 0,05$ , kar pomeni, da ničelni hipotezi, ki pravita, da je povprečje trditve »pacient« enako ostalim povprečjem (»sorodnik pacienta oziroma obiskovalec« ( $t = 4,430$ ;  $p < 0,001$ ), »oseba, ki je starejša od vas« ( $t = 7,905$ ;  $p < 0,001$ )), lahko zavrnilo pri 5 % tveganju in potrdimo alternativni hipotezi, ki pravita, da je povprečje trditve »pacient« višje od ostalih povprečij. Našo raziskovalno hipotezo 1 »V raziskanih zdravstvenih zavodih je pacient prepoznan kot statistično pomembno najpogostejši povzročitelj nasilja med zaposlenimi v zdravstveni negi.« sprejmemo, saj smo uspeli statistično dokazati, da je najpogostejši povzročitelj nasilja v zdravstveni negi pacient.

**Hipoteza 2: Psihično nasilje med zaposlenimi v zdravstveni negi v raziskanih zdravstvenih zavodih je statistično značilno pogostejše pri zaposlenih v zdravstveni negi, ki so ženskega spola, stari do 40 let in imajo do 10 let delovne dobe v zdravstvu.**

Za preverjanje hipoteze 2 smo hipotezo razdelili na tri dele. Za preverjanje hipoteze smo primerjali povprečja odgovorov pri trditvi »Med zaposlenimi v zdravstveni negi je prisotno psihično nasilje (verbalno nasilje, grožnje, žaljenje itd.)« glede na spol, starost in delovno dobo.

Za prvi del preverjanja hipoteze 2 smo uporabili t-test enakosti aritmetičnih sredin, s katerim smo primerjali povprečje trditve vprašanja o psihičnem nasilju glede na spol.

Že pri pregledu povprečij med obema skupinama (tabela 10) smo ugotovili, da se ženske bolj pogosto srečujejo s psihičnim nasiljem (PV = 3,71) kot moški (PV = 3,57). Vseeno smo želeli našo domnevo statistično podkrepiti, zato smo izvedli t-test enakosti aritmetičnih sredin.

**Tabela 10: Povprečja prisotnosti psihičnega nasilja glede na spol**

	Spol	N	PV	SO	St. napaka povprečja
V zdravstveni negi je prisotno psihično nasilje (verbalno nasilje, grožnje, žaljenje itd.).	Ženski	240	3,71	0,89	0,058
	Moški	54	3,57	0,94	0,128

Legenda: N = število odgovorov na trditev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon.

Tabela 11 prikazuje rezultate t-testa za neodvisna vzorca za psihično nasilje glede na spol.

**Tabela 11: T-test za neodvisne vzorce (psihično nasilje – spol)**

		Levenov test homogenosti varianc		T-test enakosti aritmetičnih sredin			
		F	Sig.	t	df	p (2-stranska)	Razlika aritm. sredin
V zdravstveni negi je prisotno psihično nasilje (verbalno nasilje, grožnje, žaljenje itd.).	Enakost varianc	0,170	0,680	1,013	292	0,312	0,13843
	Neenakost varianc			0,982	76,148	0,329	0,13843

Legenda: F = vrednost Levenovega testa za homogenost varianc, t = vrednost t-testa aritmetičnih sredin, df = stopnje vrednosti, p = vrednost statistične značilnosti.

Na osnovi Levenovega testa ničelne domneve o enakosti varianc ne moremo zavrnila pri 5 % stopnji značilnosti, ker je p-vrednosti večja od 0,05 (F = 0,170; p = 0,680). Pri interpretaciji t-testa zato upoštevamo p-vrednosti v prvi vrstici, ki predpostavljajo, da razlike obeh skupin niso statistično pomembne, zato predpostavke o homogenosti varianc ne moremo ovreči.

P-vrednost t-testa nam pove, ali je razlika med aritmetičnima sredinama obeh skupin statistično pomembna ali ne. Ker je  $p > 0,05$  (t = 1,013; p = 0,312), razlika med aritmetičnima sredinama obeh skupin ni pomembna.

S pomočjo t-testa smo torej ugotovili, da razlike med aritmetičnima sredinama obeh skupin niso statistično pomembne, torej našo hipotezo »Psihično nasilje v zdravstveni negi je pogostejše pri zaposlenih, ki so ženskega spola.« zavrnilo, saj smo dokazali, da so razlike statistično nepomembne.

Za drugi del preverjanja hipoteze 2 smo uporabili t-test enakosti aritmetičnih sredin, s katerim smo primerjali povprečje trditev vprašanja o psihičnem nasilju glede na starost.

Že pri pregledu povprečij med obema skupinama (tabela 12) smo ugotovili, da se anketirani v zdravstveni negi, ki so mlajši od 40 let bolj pogosto srečujejo s psihičnim nasiljem (PV = 3,86) kot starejši od 40 let (PV = 3,52). Vseeno smo želeli našo domnevo statistično podkrepiti, zato smo izvedli t-test enakosti aritmetičnih sredin.

**Tabela 12: Povprečja prisotnosti psihičnega nasilja glede na starost**

	Starost	N	PV	SO	St. napaka povprečja
V zdravstveni negi je prisotno psihično nasilje (verbalno nasilje, grožnje, žaljenje itd.).	> = 40	147	3,52	0,98	0,081
	< 40	147	3,86	0,79	0,065

Legenda: N= število odgovorov na trditev, PV= povprečna vrednost, SO= standardni odklon

Tabela 13 prikazuje rezultate t-testa za neodvisna vzorca za psihično nasilje glede na starost.

**Tabela 13: T-test za neodvisne vzorce (psihično nasilje – starost)**

		Levenov test homogenosti varianc		T-test enakosti aritmetičnih sredin			
		F	Sig.	t	df	p (2-stranska)	Razlika aritm. sredin
V zdravstveni negi je prisotno psihično nasilje (verbalno nasilje, grožnje, žaljenje itd.).	Enakost varianc	17,588	0,000	-3,266	292	0,001	-0,34014
	Neenakost varianc			-3,266	279,74	0,001	-0,34014

Legenda: F = vrednost Levenovega test za homogenost varianc, t = vrednost t-testa aritmetičnih sredin, df = stopnje vrednosti, p = vrednost statistične značilnosti.

Na osnovi Levenovega testa ničelno domnevo o enakosti varianc lahko zavrnemo pri 5 % stopnji značilnosti, ker je p-vrednost nižja od 0,05 ( $F = 17,588$ ;  $p = 0,000$ ). Pri interpretaciji t-testa zato upoštevamo p-vrednosti v drugi vrstici, ki predpostavljajo, da so razlike obeh skupin statistično pomembne, zato lahko ovržemo predpostavko o homogenosti varianc.

P-vrednost t-testa nam pove, ali je razlika med aritmetičnima sredinama obeh skupin statistično pomembna ali ne. Ker je  $p < 0,05$  ( $p = 0,001$ ), je razlika med aritmetičnima sredinama obeh skupin pomembna.

S pomočjo t-testa smo torej ugotovili, da so razlike med aritmetičnima sredinama obeh skupin statistično pomembne, torej našo hipotezo »Psihično nasilje v zdravstveni negi je pogostejše pri zaposlenih v zdravstveni negi, ki so stari do 40 let.« sprejmemo, saj smo dokazali, da so razlike statistično pomembne.

Za tretji del preverjanja hipoteze 2 smo uporabili t-test enakosti aritmetičnih sredin, s katerim smo primerjali povprečje trditev vprašanja o psihičnem nasilju glede na leta delovne dobe v zdravstvu.

Že pri pregledu povprečij med obema skupinama (tabela 14) smo ugotovili, da se zaposleni v zdravstveni negi z delovno dobo manj kot 10 let bolj pogosto srečujejo s psihičnim nasiljem ( $PV = 3,81$ ) kot zaposleni z delovno dobo več kot 10 let ( $PV = 3,63$ ). Vseeno smo želeli našo domnevo statistično podkrepiti, zato smo izvedli t-test enakosti aritmetičnih sredin.

**Tabela 14: Povprečja prisotnosti psihičnega nasilja glede na delovno dobo**

	Število let dela v zdravstvu	N	PV	SO	St. napaka povprečja
V zdravstveni negi je prisotno psihično nasilje (verbalno nasilje, grožnje, žaljenje itd.).	> = 10	208	3,63	0,92	0,064
	< 10	86	3,81	0,87	0,094

Legenda: N = število odgovorov na trditev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon.

Tabela 15 prikazuje rezultate t-testa za neodvisna vzorca za psihično nasilje glede na delovno dobo.

**Tabela 15: T-test za neodvisne vzorce (psihično nasilje – delovna doba)**

		Levenov test homogenosti varianc		T-test enakosti aritmetičnih sredin			
		F	Sig.	t	df	p (2-stranska)	Razlika aritm. sredin
V zdravstveni negi je prisotno psihično nasilje (verbalno nasilje, grožnje, žaljenje itd.).	Enakost varianc	1,439	0,231	-1,545	292	0,123	-0,17934
	Neenakost varianc			-1,576	165.84	0,117	-0,17934

Legenda: F = vrednost Levenovega testa za homogenost varianc, t = vrednost t-testa aritmetičnih sredin, df = stopnje vrednosti, p = vrednost statistične značilnosti.

Na osnovi Levenovega testa ničelne domneve o enakosti varianc ne moremo zavrniti pri 5 % stopnji značilnosti, ker je p-vrednost večja od 0,05 ( $F = 1,439$ ;  $p = 0,231$ ). Pri interpretaciji t-testa zato upoštevamo p-vrednosti v prvi vrstici, ki predpostavljajo, da razlike obeh skupin niso statistično pomembne, zato predpostavke o homogenosti varianc ne moremo ovreči.

P-vrednost t-testa nam pove, ali je razlika med aritmetičnima sredinama obeh skupin statistično pomembna ali ne. Ker je  $p > 0,05$  ( $p = 0,123$ ), razlika med aritmetičnima sredinama obeh skupin ni pomembna.

S pomočjo t-testa smo torej ugotovili, da razlike med aritmetičnima sredinama obeh skupin niso statistično pomembne, torej našo hipotezo »Psihično nasilje v zdravstveni negi je pogostejše pri zaposlenih v zdravstveni negi, ki imajo do 10 let delovne dobe v zdravstvu.« zavrnemo, saj smo dokazali, da so razlike statistično nepomembne.

Hipotezo smo torej v prvem delu zavrnili in tako dokazali, da razlik pri doživljanju psihičnega nasilja med zaposlenimi v zdravstveni negi v raziskanih zdravstvenih zavodih glede na spol ni, v drugem delu smo hipotezo sprejeli in tako dokazali, da razlike pri doživljanju psihičnega nasilja v zdravstveni negi glede na starost obstajajo. Zaposleni, stari do 40 let, tako psihično nasilje doživljajo pogosteje kot starejši od 40 let. Hipotezo

smo prav tako v zadnjem delu zavrnili in dokazali, da razlik pri doživljanju psihičnega nasilja v zdravstveni negi glede na leta zaposlitve v zdravstvu ni.

**Hipoteza 3: Zaposleni v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo v raziskanih zdravstvenih zavodih pogosteje molčijo o nasilju v zdravstveni negi v primerjavi z zaposlenimi v zdravstvenih negi z visokošolsko izobrazbo.**

Za preverjanje hipoteze 3 smo uporabili test ANOVA, s katerim smo primerjali povprečja med izobrazbo glede na ocenjeno trditev, da za nasilje ne povedo nobenemu. Trditev »Za nasilje ne povedo nikomur« so anketirani ocenjevali na 5-stopenjski lestvici.

Iz tabele 16 lahko razberemo, da so različne trditve različno ocenjene glede na izobrazbo. Največkrat za nasilje ne povedo zaposleni v zdravstveni negi s strokovnim magisterijem (PV = 3,25), nato zaposleni z visoko strokovno/univerzitetno izobrazbo (PV = 2,91). Najmanjkrat pa za nasilje ne povedo zaposleni s srednješolsko izobrazbo (PV = 2,76).

**Tabela 16: Povprečja odziva na nasilje glede na izobrazbo**

	Izobrazba	N	PV	SO
Odziv zaposlenih na nasilje v zdravstveni negi: za nasilje ne povedo nobenemu.	Srednješolska izobrazba	100	2,76	1,04
	Visoka strokovna/univerzitetna izobrazba	186	2,91	0,91
	Strokovni magisterij	8	3,25	0,89

Legenda: N = število odgovorov na trditev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon.

**Tabela 17: Test homogenosti varianc**

	Levenova statistika	sp1	sp2	p
Odziv zaposlenih na nasilje v zdravstveni negi: za nasilje ne povedo nobenemu.	3,596	2	291	0,029

Legenda: p = vrednost statistične značilnosti.

Tabela 17 prikazuje Levenovo statistiko in stopnjo statistične pomembnosti. Ker je p-vrednost manjša od 0,05 ( $p = 0,029$ ), so razlike med variancami treh skupin statistično pomembne, zato ne moremo sprejeti predpostavke o homogenosti varianc, ki je predpogoj za izvedbo testa ANOVA. Zaradi tega smo izvedli robustni test enakosti povprečij.



**Tabela 18: Robustni test za preverjanje hipoteze**

		<b>F</b>	<b>sp1</b>	<b>sp2</b>	<b>p</b>
Odziv zaposlenih na nasilje v zdravstveni negi: za nasilje ne povedo nobenemu.	Brown-Forsythe	1,486	2	35,476	0,240

Legenda: F = vrednost robustnega testa, p = vrednost statistične značilnosti.

Tabela 18 prikazuje rezultate robustnega testa. Iz tabele lahko razberemo p-vrednost, ki nam pove, ali se povprečja med skupinami statistično pomembno razlikujejo ali ne. Ker je p-vrednost večja od 0,05 ( $F = 1,486$ ,  $p = 0,240$ ), so razlike med povprečji treh skupin statistično nepomembne pri 5 % tveganju. S tem smo našo hipotezo 3 »Zaposleni v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo v raziskanih zdravstvenih zavodih pogosteje molčijo o nasilju v zdravstveni negi v primerjavi z zaposlenimi v zdravstveni negi z visokošolsko izobrazbo.« zavrnili, saj smo dokazali, da so razlike med povprečji zaposlenih glede na stopnjo izobrazbe nepomembne.

#### **Hipoteza 4: Zaposleni v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo v raziskanih zdravstvenih zavodih pogosteje odidejo na bolniški stalež.**

Za preverjanje hipoteze 4 smo uporabili test ANOVA, s katerim smo primerjali povprečja med izobrazbo glede na ocenjeno trditev, da zaradi nasilja odidejo v bolniški stalež. Na trditve »Odidejo v bolniški stalež.« so anketirani odgovarjali na 5-stopenjski lestvici. Iz tabele 19 lahko razberemo, da so različne trditve različno ocenjene glede na stopnjo izobrazbe. Odgovori vseh skupin nakazujejo, da je odhod na bolniški stalež redko uporabljen kot odziv na nasilje, saj je povprečje v vseh skupinah manjše od srednje vrednosti 3. Glede na odgovore sodelujočih največkrat na bolniški stalež odidejo zaposleni z visoko strokovno/univerzitetno izobrazbo ( $PV = 2,63$ ), takoj za njimi sledijo zaposleni s srednješolsko izobrazbo ( $PV = 2,62$ ). Najmanjkrat pa na bolniški stalež zaradi nasilja odidejo zaposleni s strokovnim magisterijem ( $PV = 2,25$ ).

**Tabela 19: Povprečja odziva na nasilje glede na izobrazbo (bolniški stalež)**

	<b>Izobrazba</b>	<b>N</b>	<b>PV</b>	<b>SO</b>
Odziv zaposlenih na nasilje v zdravstveni negi: odidejo na bolniški stalež.	Srednješolska izobrazba	100	2,62	1,01
	Visoka strokovna/univerzitetna izobrazba	186	2,63	1,00
	strokovni magisterij	8	2,25	0,89

Legenda: N = število odgovorov na trditev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon.

**Tabela 20: Test homogenosti varianc**

	Levenova statistika	sp1	sp2	p
Odziv zaposlenih na nasilje v zdravstveni negi: odidejo na bolniški stalež.	0,150	2	291	0,861

Legenda: p= vrednosti statistične značilnosti

Tabela 20 prikazuje Levenovo statistiko in stopnjo statistične pomembnosti. Ker je p-vrednost večja od 0,05 ( $p = 0,861$ ), razlike med variancami treh skupin niso statistično pomembne, zato lahko sprejmemo predpostavko o homogenosti varianc, ki je predpogoj za izvedbo testa ANOVA.

**Tabela 21: Test analize variance za preverbo hipoteze o ključnih razlogih za zaposlitev v podjetju**

		Vsota kvadratov	sp	Povprečje kvadratov	F	p
Odziv zaposlenih na nasilje v zdravstveni negi: odidejo na bolniški stalež.	Med skupinami	1,134	2	0,567	0,564	0,569
	Znotraj skupine	292,200	291	1,004		
	Skupaj	293,333	293			

Legenda: F = vrednost testa analize variance, p = vrednost statistične značilnosti.

Tabela 21 prikazuje rezultate testa analize varianc. Iz tabele lahko razberemo p-vrednost, ki nam pove, ali se povprečja med skupinami statistično pomembno razlikujejo ali ne. V našem primeru razlike med povprečji vseh treh skupin niso statistično pomembne pri 5 % tveganju, ker je p-vrednost večja od 0,05 ( $F = 0,564$ ,  $p = 0,569$ ). S tem smo našo hipotezo 4 »Zaposleni v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo v raziskanih zdravstvenih zavodih pogosteje odidejo na bolniški stalež.« zavrnil, saj smo dokazali, da so razlike med povprečji zaposlenih glede na stopnjo izobrazbe nepomembne.

**Hipoteza 5: Zaposleni v zdravstveni negi v raziskanih zdravstvenih zavodih z visoko strokovno izobrazbo, univerzitetno izobrazbo in strokovnim magisterijem statistično dajejo večji pomen teoretičnim in praktičnim delavnicam ter izobraževanjem s področja reševanja in zmanjševanja nasilja v zdravstveni negi v primerjavi z zaposlenimi s srednješolsko izobrazbo.**

Za preverjanje hipoteze smo združili odgovore zaposlenih v zdravstveni negi z visoko strokovno/ univerzitetno in magistrsko izobrazbo in povprečja odgovorov primerjali glede na pomembnost izobraževanja s področja teoretičnih in praktičnih delavnic. Ker sta bili to dve trditvi, smo hipotezo razdelili na dva dela.

Za prvi del preverjanja hipoteze 5 smo uporabili t-test enakosti aritmetičnih sredin, s katerim smo primerjali povprečje trditev vprašanja, da so za varno oskrbo pacientov potrebne teoretične delavnice glede na stopnjo izobrazbe.

Že pri pregledu povprečij med obema skupinama (tabela 22) smo ugotovili, da je izvajanje teoretičnih delavnic bolj pomembno za zaposlene z visokošolsko, univerzitetno oziroma magistrsko izobrazbo (PV = 4,03) kot zaposlenim s srednješolsko izobrazbo (PV = 3,83). Vseeno smo želeli našo domnevo statistično podkrepiti, zato smo izvedli t-test enakosti aritmetičnih sredin.

**Tabela 22: Povprečja pomembnosti teoretičnih delavnic glede na izobrazbo**

	Stopnja izobrazbe	N	PV	SO	St. napaka povprečja
Za varno oskrbo pacientov so potrebne teoretične delavnice.	Visoka strokovna/ univerzitetna izobrazba, strokovni magisterij	194	4,03	0,96	0,069
	Srednješolska izobrazba	100	3,83	1,05	0,105

Legenda: N = število odgovorov na trditev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon.

Tabela 23 prikazuje rezultate t-testa za neodvisna vzorca za pomembnost teoretičnih delavnic glede na stopnjo izobrazbe.

**Tabela 23: T-test za neodvisne vzorce (teoretične delavnice)**

		Levenov test homogenosti varianc		T-test enakosti aritmetičnih sredin			
		F	Sig.	t	df	p (2-stranska)	Razlika aritm. sredin
Za varno oskrbo pacientov so potrebne teoretične delavnice.	Enakost varianc	2,222	0,137	1,61	292	0,109	0,19577

		Levenov test homogenosti varianc		T-test enakosti aritmetičnih sredin			
		F	Sig.	t	df	p (2-stranska)	Razlika aritm. sredin
Za varno oskrbo pacientov so potrebne teoretične delavnice.	Neenakost varianc			1,565	185,32	0,119	0,19577

Legenda: F = vrednost Levenovega testa za homogenost varianc, t = vrednost t-testa aritmetičnih sredin, df = stopnje vrednosti, p = vrednost statistične značilnosti.

Na osnovi Levenovega testa ničelne domneve o enakosti varianc ne moremo zavrniti pri 5 % stopnji značilnosti, ker je p-vrednost večja od 0,05 ( $F = 2,222$ ;  $p = 0,137$ ). Pri interpretaciji t-testa zato upoštevamo p-vrednosti v prvi vrstici, ki predpostavljajo, da razlike obeh skupin niso statistično pomembne, zato predpostavke o homogenosti varianc ne moremo ovreči.

P-vrednost t-testa nam pove, ali je razlika med aritmetičnima sredinama obeh skupin statistično pomembna ali ne. Ker je  $p > 0,05$  ( $t = 1,61$ ;  $p = 0,109$ ), razlika med aritmetičnima sredinama obeh skupin ni pomembna.

S pomočjo t-testa smo torej ugotovili, da razlike med aritmetičnima sredinama obeh skupin niso statistično pomembne, torej našo hipotezo »Zaposleni v zdravstveni negi v raziskanih zdravstvenih zavodih z visoko strokovno izobrazbo, univerzitetno izobrazbo in strokovnim magisterijem statistično dajejo večji pomen teoretičnim delavnicam v primerjavi z zaposlenimi s srednješolsko izobrazbo.« zavrnemo, saj smo dokazali, da so razlike statistično nepomembne.

Za drugi del preverjanja hipoteze 5 smo uporabili t-test enakosti aritmetičnih sredin, s katerim smo primerjali povprečje trditve, da so za varno oskrbo pacientov potrebne praktične delavnice glede na stopnjo izobrazbe.

Že pri pregledu povprečij med obema skupinama (tabela 24) smo ugotovili, da je izvajanje praktičnih delavnic bolj pomembno za zaposlene z visokošolsko, univerzitetno oziroma magistrsko izobrazbo ( $PV = 4,25$ ) kot zaposlenim s srednješolsko izobrazbo ( $PV = 4,02$ ). Vseeno smo želeli našo domnevo statistično podkrepiti, zato smo izvedli t-test enakosti aritmetičnih sredin.

**Tabela 24: Povprečja pomembnosti praktičnih delavnic glede na izobrazbo**

	Stopnja izobrazbe	N	PV	SO	St. napaka povprečja
Za varno oskrbo pacientov so potrebne praktične delavnice.	Visoka strokovna/ univerzitetna izobrazba, strokovni magisterij	194	4,25	0,92	0,066
	Srednješolska izobrazba	100	4,02	1,02	0,103

Legenda: N = število odgovorov na trditev, PV = povprečna vrednost, SO = standardni odklon.

Tabela 25 prikazuje rezultate t-testa za neodvisna vzorca za pomembnost praktičnih delavnic glede na stopnjo izobrazbe.

**Tabela 25: T-test za neodvisne vzorce (praktične delavnice)**

		Levenov test homogenosti varianc		T-test enakosti aritmetičnih sredin			
		F	Sig.	t	df	p (2-stranska)	Razlika aritm. sredin
Za varno oskrbo pacientov so potrebne praktične delavnice.	Enakost varianc	0,817	0,367	1,977	292	0,049	0,23258
	Neenakost varianc			1,909	181,87	0,058	0,23258

Legenda: F = vrednost Levenovega testa za homogenost varianc, t = vrednost t-testa aritmetičnih sredin, df = stopnje vrednosti, p = vrednost statistične značilnosti

Na osnovi Levenovega testa ničelne domneve o enakosti varianc ne moremo zavrniti pri 5 % stopnji značilnosti, ker je p-vrednost večja od 0,05 ( $F = 0,817$ ;  $p = 0,367$ ). Pri interpretaciji t-testa zato upoštevamo p-vrednosti v prvi vrstici, ki predpostavljajo, da razlike obeh skupin niso statistično pomembne, zato predpostavke o homogenosti varianc ne moremo ovreči.

P-vrednost t-testa nam pove, ali je razlika med aritmetičnima sredinama obeh skupin statistično pomembna ali ne. Ker je  $p < 0,05$  ( $t = 1,977$ ;  $p = 0,049$ ), je razlika med aritmetičnima sredinama obeh skupin statistično pomembna.

S pomočjo t-testa smo torej ugotovili, da so razlike med aritmetičnima sredinama obeh skupin statistično pomembne, torej našo hipotezo »Zaposleni v zdravstveni negi v raziskanih zdravstvenih zavodih z visoko strokovno izobrazbo, univerzitetno izobrazbo

in strokovnim magisterijem statistično dajejo večji pomen praktičnim delavnicam v primerjavi z zaposlenimi s srednješolsko izobrazbo.« sprejmemo, saj smo dokazali, da so razlike statistično pomembne.

Hipotezo 5 smo torej delno potrdili in delno zavrnili, saj smo uspeli statistično dokazati, da razlik pri ugotavljanju pomembnosti pomena teoretičnih delavnic za varno oskrbo pacientov med zaposlenimi z različnimi stopnjami izobrazbe ni, medtem ko obstajajo statistično pomembne razlike pri pomembnosti pomena praktičnih delavnic za varno oskrbo pacientov med zaposlenimi z različnimi stopnjami izobrazbe.

Naš cilj raziskovanja je bil tudi ugotoviti občutke, ki so jih zaposleni v zdravstveni negi doživeli ob nasilnem dogodku. Zadnji sklop vprašanj je bil odprtega tipa, anketirani so opisovali nasilne dogodke, ki so jih doživeli, ter kako so se ob tem počutili. V okviru analize smo oblikovali 25 kod, ki smo jih utemeljili s citati anketiranih. Vsak citat smo uporabili le enkrat. Iz kod smo razvili pet kategorij.

**Tabela 26: Kategorije, kode in opisi, pridobljeni na osnovi analize besedila**

Kategorija	Koda	Opis
Verbalno nasilje	Grožnje – besedno nasilje – strah – nemoč – nerazumevanje vodstva – pacient – pomoč zdravnika – elektronska pošta – telefon	Anketirani, ki so bili žrtve verbalnega nasilja, so ob tem doživeli strah, nemoč in nerazumevanje vodstva. Najpogosteje so doživeli grožnje in besedno nasilje s strani pacienta, včasih tudi prek elektronske pošte in telefona. V pomoč pri reševanju nasilne situacije jim je pogosto priskočil zdravnik, ki je situacijo umiril.
Mobing	Laži – podtikanja – pogovor – zdravnik – nezaželenost – menjava službe	Žrtve mobinga so bile pogosto deležne podtikanja in laži, ki so se širile o njih, včasih so bile deležne mobinga tudi s strani zdravnikov. Ob tem so se počutili nezaželeno na delovnem mestu. Ker pogovor s sodelavci pogosto ni imel učinka ali pa je stvari le še poslabšal, so se odločili za menjavo službe.
Spolno nasilje	Nepriemerni komentarji – dotikanje – prijava	Spolno nasilje so žrtve najpogosteje doživele prek neprijetnih komentarjev in

Kategorija	Koda	Opis
		dotikanja. Zoper storilca so podale tudi prijavo.
Fizično nasilje	Psihiatrični pacient – strah – brcanje – grizenje	Fizično nasilje so anketirani najpogosteje doživeli s strani psihiatričnega pacienta, najpogosteje je bilo prisotno brcanje in grizenje. Pri tem so doživeli strah.
Preprečevanje nasilja	Vodja – izobraževanj – prijavljanje nasilja	Anketirani menijo, da je potreben večji poudarek na izobraževanju o nasilju na delovnem mestu, prav tako je treba spodbujati zaposlene, da nasilje prijavijo. Veliko vlogo pri tem imajo vodje.

- Kategorija: verbalno nasilje:

- koda: grožnje: *»Prihod najstnika v urg. amb. zaradi manjše starejše rane. Po 15 min zahteva nazaj KZZ in začel groziti, da se vidiva na ulici, ker je moral čakati. Ob tem sem bil zelo jezen, vendar ostal miren in profesionalen.«*
- koda: besedno nasilje: *»Verbalno nasilje, grožnje. Občutila sem nemoč, strah, od pacientov mi ni nihče priskočil na pomoč – vsi so le gledali, kaj se dogaja.«*
- koda: strah: *»Ob nasilju občutim strah, nemir, nelagodje. Tudi če je to verbalno nasilje po telefonu. Zdravstveni delavci ne vemo, kako ravnati ob nasilnem pacientu, kako ga umiriti, in tudi kakšne ukrepe lahko izvedemo, ne vemo, česa se lahko poslužimo (morda poklicati policijo?). V vsaki zdr. ustanovi bi moral biti prisoten varnostnik, saj ob nasilnem pacientu ena sama med. sestra težko kaj naredi, po navadi nas je strah takih ljudi in se počutimo nemočne, saj se nimamo na koga obrniti. Vedno več je takih ljudi, ki mislijo, da se lahko znesejo nad komerkoli, od nas se pa kar nekako pričakuje, da bomo prijazni, strpni in ne bomo ukrepali. Mogoče je ravno zato tak slab odnos ljudi do zdr. osebja.«*
- koda: nemoč: *» Ob nasilnem dogodku sem občutila strah in nemoč ...«*  
*»/.../ sem občutila nemoč ...«*
- koda: nerazumevanje vodstva: *»/.../ poslal dopis nadrejenemu in glavni sestri, vendar se stvar ni peljala naprej.«*  
*»/.../ o tem je bilo obveščeno tudi vodstvo, ki pa ni odreagiralo. To me je bolelo bolj kot gospodove besede. Gospod je namreč znanec nekoga od*

vodilnih.« »/.../ nerazumevanje s strani nadrejenih. Konflikt, ki je nastal, sem morala rešiti sama, nadrejeni in zdravnik mi niso bili v pomoč.«

- koda: pacient: »Ob psihičnem nasilju s strani pacienta ...«
  - koda: pomoč zdravnika: »Občutki so bili slabi, bilo me je strah. Na pomoč je priskočil zdravnik, ki ga je pomiril.«
  - koda: elektronska pošta: » Šlo je za verbalno nasilje po elektronski pošti. Rečeno je bilo, da sem jaz edina oseba, ki meni, da me potrebujejo v ambulanti, da so sestre samo za okras in popolnoma nepotrebne pri obravnavi pacienta v ambulanti. Da me ne bi dal delati niti z mrtvimi. Kaj se grem, da sploh kontaktiram z njim, in da bo on kontaktiral samo in izključno zdravnico. Gospoda ne poznam – v tej ambulanti sem nadomeščala. Ko je zdravnica vse to prebrala, je pacienta kontaktirala in pojasnila, da nasilja nad svojo sestro ne bo tolerirala in da v nasprotnem primeru lahko menja osebnega zdravnika.«
  - koda: telefon: »Mislim, da je že velika večina doživela nasilje, če ne drugače, pa po telefonu – ko te naderejo, da kličejo in te ne dobijo na telefon ..., ne vedo pa, da nismo telefonisti in da poleg dvigovanja telefonov delamo še naše – zdravstveno delo.«
- Kategorija: mobing:
    - koda: laži: »Pojav mobinga na delovnem mestu v prejšnji službi. Najprej so se pričele laži o meni ...«
    - koda: podtikanja: »/.../ potem so mi podtikali stvari, na koncu je privedlo tudi do žaljenja, zmerjanja, vsak prihod v službo je bil težji ...«
    - koda: pogovor: »/.../ o mobingu sem obvestila nadrejene, ki spriva niso naredili nič, potem pa so se s sodelavci pogovorili, kar je le še poslabšalo situacijo ...«
    - koda: zdravnik: » Pojav mobinga s strani zdravnika.«  
»/.../ ti dajo vedeti, da so več od tebe. Tak odnos sem večkrat videla v bolnišnicah. Ob takem odnosu ne moreš nič, nadrejeni ti ne pomagajo, če pa kaj rečejo zdravniku, je lahko še slabše.«



- koda: nezaželenost: *».../ najprej me je bilo strah, počutila sem se nemočno in nezaželeno.«*
- koda: menjava službe: *».../ zato sem raje zamenjala službo, sedaj se počutim veliko bolje, saj ne delam v okolju, kjer ne bi bila zaželeno. Ob mobingu sem čutila žalost, jezo, tudi strah, izgubila sem samozavest vase in v svoje delo, počutila sem se nesposobno, pri nadrejenih nisem dobila podpore, zato je bilo najbolje zame, da sem odšla. Bila sem tudi parkrat na bolniški zaradi stresa in tesnobe.«*  
*».../ ker ni šlo na bolje, sem raje zamenjala službo.«*
- Kategorija: spolno nasilje:
  - Koda: neprimerni komentarji: *»Spolno nasilje – pojav neprimernih komentarjev s strani pacientov, poizkus dotikanja.«*  
*»Ko sem bila mlada in sem šele pričela z delom v zdravstvu, sem doživela spolno nasilje od pacienta, najprej so bili neprimerni komentarji ...«*  
*»Bila sem priča spolnemu nasilju, ki se je naprej začelo z neprimernimi komentarji, povabili na pijačo, kasneje celo s klici ...«*
  - Koda: dotikanje: *».../ parkrat se me je želel dotakniti ...«*
  - Koda: prijava: *».../ za početje sem povedala zdravniku, s katerim sem takrat delala, ta je pacientu zagrozil, da ga bo prijavil. Takrat se je to nehalo.«*  
*».../ oseba je nasilje prijavila.«*  
*».../ sem doživela spolno nadlegovanje (prijavljeno – tudi ukrep proti osebi je bil izrečen, a so ga po 4 letih zopet zaposlili. Ne vem, če smem reči, ampak v naši državi je žrtev skoraj vedno kriva. Prijava je bila pa od več zaposlenih sodelavk), ker delam kot reševalka, sem že kot ženska pogosto diskriminirana, napadena s strani pacientov (spada med moje delo, razumem, da smo kot reševalci bolj izpostavljeni nasilju), ne razumem pa, da v kar nekaj letih nismo imeli tečaja samoobrambe in več naredili na samozaščiti. Žal posluha s strani vodstva očitno ni. Je bil poizkus, a ga je prehitela korona. S tem si ravno pred nasilnim pacientom ne morem pomagati. Glede razumevanja med sodelavci je pa tako, ko*

*pride do mobinga, fizičnega ali spolnega nasilja, skoraj noben ne stopi na stran žrtve. Tudi vodstvo ne. Žal. Vse se pomeče pod preprogo.»*

- Kategorija: fizično nasilje:
  - Koda: psihiatrični bolnik: *»Psihiatrični bolnik. Nasilen. Ob obisku me zaklene v stanovanje ...«*  
*»Verbalno in fizično nasilje psihiatričnega pacienta. Zunanji opazovalec. V primer je bil vpleten varnostnik bolnice ter policija.«*  
*»/.../ tega nisem vzel osebno, saj je bil gospod psihiatrični bolnik.«*
  - Koda: strah: *»/.../ počutje – strah. Pomanjkanje psihoterapevtskega znanja.«*  
*»Pacient me je po hudem izbruhu jeze močno odrinil. Občutila sem strah, nemoč in jezo.«*
  - Koda: brcanje: *»Nasilen pacient nas je brcal ...«*  
*»Nasilen pacient – je pljuval, želel tepsti, brcati.«*
  - Koda: grizenje: *»/.../ grizel, žalil ...«*
  
- Kategorija: preprečevanje nasilja:
  - Koda: vodja: *»V takšnih situacijah si preprosto nemočen. Kdor je postavljen za vodjo, je izvoljen s strani vrha in je zaščiten. Nobena prijava nadrejenih ti ne bo pomagala, kvečjemu škodovala, tako da je bolje, da prej napišeš odpoved. To se še toliko bolje odraža v privatnem sektorju, v katerih je čedalje več. Mislim, da inšpektorati ne delajo v prid delavcu!«*
  - Koda: izobraževanje: *»Zaposleni imamo premalo znanja o tem, kako umiriti agresivnega pacienta, sploh če bi postal fizično nasilen. Premalo je izobraževanj na to temo, sploh kakšnih tečajev samoobrambe. Včasih postaneš nemočen v takih situacijah in te je strah, da ti bo kdo kaj naredil, saj se ne znaš braniti.«*  
*»Ustanove bi morale dati več na izobraževanje zaposlenih o nasilju, tega je premalo, pojavi pa se vedno več nasilja, saj ljudje mislijo, da si lahko dovolijo vse. Vedno več je nestrpnosti, sploh v tem času, in potem se znesejo nad prvim, ki ga vidijo. Tudi mi imamo protokole, ki se jih moramo*

*držati, če nam je prav ali ne. Ljudje tega ne razumejo, da smo mi samo ljudje.« »/.../ potrebna so izobraževanja, delavnice ...«*

- *Koda: prijavljanje nasilja: »/.../ spodbujanje nadrejenih, da se nasilje prijavi – tudi verbalno, ki ga je največ!«*

### 3.5 RAZPRAVA

V raziskavi, ki smo jo izvedli med zaposlenimi v zdravstveni negi v Diagnostičnem centru Bled in Osnovnem zdravstvu Gorenjske, ki zajema Zdravstveni dom Bled, Zdravstveni dom Bohinj, Zdravstveni dom Jesenice, Zdravstveni dom Kranj, Zdravstveni dom Radovljica, Zdravstveni dom Škofja Loka in Zdravstveni dom Tržič, smo prišli do ugotovitev, da je bilo 57,1 % anketiranih tekom svojega dela že žrtev nasilja v zdravstveni negi. Do podobnih rezultatov so prišli tudi v raziskavi (Fiseković, et al., 2015), izvedeni med zaposlenimi v zdravstveni negi v Srbiji leta 2013, kjer je 52,8 % anketiranih že doživelo nasilje na delovnem mestu. Delež zaposlenih v zdravstveni negi, ki so doživeli nasilje na delovnem mestu, je visok tudi drugod po svetu. V raziskavi, izvedeni na Kitajskem (Zhang, et al., 2018), je 75,4 % anketiranih doživelo nasilje na delovnem mestu, na Tajvanu (Niu, et al., 2018) je dve tretjini anketiranih že doživelo nasilje, medtem ko je odstotek v Grčiji še večji (76 %) (Fafliora, et al., 2016). Tudi v Sloveniji je bilo izvedenih nekaj raziskav na temo nasilja na delovnem mestu pri zaposlenih v zdravstveni negi. Leta 2011 je raziskovalna skupina pri Zbornici – Zvezi izvedla raziskavo med zaposlenimi v zdravstveni negi, kjer so ugotovili, da je 60,1 % anketiranih že doživelo nasilje na delovnem mestu (Babnik, et al., 2012). Vičar (2015) pa je v svoji raziskavi ugotovila, da je odstotek zaposlenih v zdravstveni negi, ki so doživeli eno izmed oblik nasilja, še večji, saj znaša 72,7 %.

Zanimala nas je tudi pogostost nasilja v zdravstveni negi. Največ (32 %) anketiranih je priča nasilju 1–2-krat na leto, sledijo tisti, ki so priča nasilju v zdravstveni negi 1–2-krat na pol leta. Babnik in sodelavci (2012) so ugotovili, da je 78,5 % anketiranih zaznalo nasilje nad medicinsko sestro, do podobnih rezultatov (72,7 %) je prišla tudi Vičar (2015). Prislan in sodelavci (2019) so v raziskavi, izvedeni v slovenskih bolnišnicah, prišli do rezultatov, da se je večina anketiranih z različnimi oblikami nasilja srečala večkrat letno. Ugotovili so, da skoraj polovica (46 %) anketiranih verbalno nasilje s strani pacientov

doživlja več kot šestkrat na leto, zaskrbljujoč pa je podatek, da se dve desetini zaposlenih srečuje več kot šestkrat na leto z verbalnim nasiljem, ki ga povzročijo sodelavci oziroma drugi zaposleni. V grški raziskavi (Fafliora, et al., 2016) se je 78,7 % anketiranih v zdravstveni negi opredelilo kot žrtev nasilja na delovnem mestu v zadnjem letu. Tudi v korejski raziskavi (Kim, et al., 2020) je več kot polovica anketiranih doživela nasilje na delovnem mestu v zadnjem letu.

Anketiranci v naši raziskavi so kot najpogostejšo obliko nasilja označili psihično nasilje, pod katero spada tudi verbalno nasilje, sledi ekonomsko nasilje, manj pogosta pa sta fizično in spolno nasilje. Tako kot v naši raziskavi so tudi pri drugih, izvedenih v Sloveniji in po svetu, ugotovili, da je najpogostejša vrsta nasilja psihično nasilje, sploh verbalno. Vičar (2015) je ugotovila, da psihično nasilje pri medicinskih sestrah redno oziroma pogosto opazi kar 36,8 % zaposlenih v zdravstveni negi, medtem ko ga nikoli ni opazilo le 4,6 %. Tudi Babnik in sodelavci (2012) so prišli do podobnih rezultatov, saj je najpogostejša oblika nasilja pri zaposlenih v zdravstveni negi psihično nasilje, najredkeje pa je zaznano spolno nasilje. Ugotovili so tudi, da so vse oblike psihičnega nasilja sorazmerno enako zastopane, to so besedno napadanje, poniževanje, dopuščanje obrekovanja, nesodelovanje v razgovoru in zavračanje razgovora ter širjenje zlonamernih govoric oziroma obrekovanje. V sodelovanju Nacionalnega inštituta za javno zdravje in Fakultete za zdravstvo Angele Boškin so leta 2019 izvedli raziskavo o razširjenosti agresivnosti nad zaposlenimi v zdravstvu, v kateri so prišli do ugotovitev, da je bila velika večina (89 %) anketiranih žrtev psihičnega in verbalnega nasilja, med najpogostejšimi oblikami tega nasilja navajajo prekinjanje oziroma jemanje besede med pogovorom, glasno zmerjanje, prepiranje, vpitje, izpostavljenost preklinjanju in provokacije. Poleg psihičnega nasilja se je skoraj polovica (41 %) anketiranih srečala tudi s fizičnim nasiljem, kot najmanj pogosto obliko nasilja pa tako kot mi navajajo spolno nasilje (Prislan, et al., 2019). Do podobnih rezultatov kot v Sloveniji so prišli tudi v tujini. Babiarczyk je s sodelavci (2020) izvedla raziskavo v petih evropskih državah (Poljska, Češka, Slovaška, Turčija in Španija) in prišli so do rezultatov, da je najpogostejša oblika nasilja v zdravstveni negi psihično nasilje, z njim se najpogosteje srečujejo zaposleni v psihiatričnih oddelkih in nujni medicinski pomoči. Do ugotovitev, da je psihično nasilje, sploh verbalno nasilje, najpogostejša oblika nasilja v zdravstveni negi, so prišli tudi v

raziskavah, izvedenih v Braziliji (Tsukamoto, et al., 2019), Turčiji (Cetinkaya, et al., 2018) in Grčiji (Faffiora, et al., 2016).

V naši raziskavi smo postavili hipotezo, da je psihično nasilje med zaposlenimi v zdravstveni negi v raziskanih zdravstvenih zavodih statistično značilno pogostejše pri zaposlenih, ki so ženskega spola, stari do 40 let in imajo do 10 let delovne dobe v zdravstvu. Ugotovili smo, da so razlike statistično nepomembne pri doživljanju psihičnega nasilja v zdravstveni negi glede na spol ( $p = 0,312$ ) in glede na leta zaposlitve v zdravstvu ( $p = 0,123$ ). Dokazali pa smo, da obstajajo statistično pomembne razlike glede na starost ( $p = 0,001$ ), saj zaposleni, stari do 40 let, psihično nasilje doživljajo pogosteje kot starejši od 40 let. Do podobnih rezultatov so prišli tudi turški raziskovalci (Durmus, et al., 2018), saj so ugotovili, da ne obstajajo statistično pomembne razlike glede na spol in doživljanje psihičnega nasilja na delovnem mestu. Tudi Pajtler (2019) je ugotovila, da ne obstajajo statistično značilne razlike med spoloma in glede izpostavljenosti nasilju. Niu s sodelavci (2018) je prišel do podobnih rezultatov kot v naši raziskavi, saj je ugotovil, da obstaja manjše tveganje za pojav nasilja pri zaposlenih, ki so starejši od 50 let in pri tistih, ki imajo manj kot eno leto delovnih izkušenj. Da obstajajo statistično pomembne razlike glede starosti, so ugotovili tudi Kim in sodelavci (2020). Menijo, da se z nasiljem na delovnem mestu pogosteje srečujejo mlade medicinske sestre, razlog pa je pomanjkanje izkušenj s preprečevanjem nasilja in reševanjem nasilnih situacij.

Zanimalo nas je tudi, kdo je najpogostejši povzročitelj nasilja v zdravstveni negi. Postavljeno hipotezo, da je v raziskanih zdravstvenih zavodih pacient prepoznani kot statistično pomembno najpogostejši povzročitelj nasilja med zaposlenimi v zdravstveni negi, smo potrdili. Ugotovili smo, da so najpogostejši povzročitelji nasilja v zdravstveni negi pacienti, sledijo sorodniki pacientov oziroma obiskovalci ter osebe, ki so starejše od anketiranih. Do podobnih rezultatov je prišla tudi Prislan s sodelavci (2019), kjer je bila večina anketiranih žrtev nasilja s strani pacientov in njihovih bližnjih. Tudi Babnik in sodelavci (2012) so ugotovili, da je najpogostejši povzročitelj nasilja v zdravstveni negi pacient. Tudi drugod po svetu so najpogostejši povzročitelji nasilja v zdravstveni negi pacient in njegovi svojci. Babiarczyk in sodelavci (2020) so v raziskavi, ki so jo izvedli

v petih evropskih državah, ugotovili, da je v 70 % povzročitelj verbalnega nasilja pacient, kar v 92 % pa je pacient povzročitelj fizičnega nasilja.

Ljudje se različno odzovemo na nasilje. Prišli smo do rezultatov, da je najpogostejši odziv zaposlenih v zdravstveni negi, da za nasilje povedo sodelavcu (PV = 3,65) ali nadrejeni osebi (PV = 3,14). Na to temo smo postavili dve hipotezi. Prva je, da zaposleni v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo v raziskanih zdravstvenih zavodih pogosteje molčijo o nasilju v zdravstveni negi v primerjavi z zaposlenimi v zdravstvenih zavodih z visokošolsko izobrazbo, druga pa, da zaposleni v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo v raziskanih zdravstvenih zavodih pogosteje odidejo na bolniški stalež. Obe hipotezi smo zavrnili, saj smo dokazali, da so razlike med povprečji zaposlenih glede na stopnjo izobrazbe nepomembne. Ugotovili smo, da za nasilje največkrat ne povedo zaposleni s strokovnim magisterijem, sledijo zaposleni z visoko strokovno/univerzitetno izobrazbo in tisti s srednješolsko izobrazbo. Na bolniški stalež najpogosteje odidejo zaposleni z visoko strokovno/univerzitetno izobrazbo, sledijo zaposleni s srednješolsko izobrazbo in zaposleni s strokovnim magisterijem. Pajtler (2019) je ugotovila, da so v Sloveniji zaposleni v socialnem varstvu na bolniškem staležu zaradi nasilnega vedenja pacientov, v povprečju 2,36 dneva na leto. Zaradi nasilja pacientov je bilo na bolniškem staležu 9,1 % zaposlenih v zdravstveni negi (Bojić, 2016). Vičar (2015) je prišla do ugotovitev, da se žrtve nasilja v zdravstveni negi najpogosteje zaupajo sodelavcu, sledijo tisti, ki niso naredili nič, in tisti, ki so se zaupali nadrejeni osebi. Omerčič (2017) je prišla do ugotovitve, da je skoraj polovica (42 %) anketiranih o nasilnem dogodku povedala sodelavcu, o dogodku so tudi obvestili vodjo, nadrejene, upravo oziroma predstojnika enote, vendar jih skoraj polovica ni bila zadovoljnih z obravnavo in reševanjem nasilja, ki so ga doživeli. Tudi v naši raziskavi je bil najmanj pogost odziv na nasilje prijavljanje nasilja na pristojni inšpektorat (PV = 1,69). Omerčič (2017) ugotavlja, da je najpogostejši razlog neprijavljanja ta, da so zaposleni mnenja, da ne bo nihče ukrepal, sledi razlog, da se stvari ne bi spremenile. Kot razlog neprijavljanja Babiarczyk in sodelavci (2020) navajajo, da se žrtve nasilja počutijo osramočene in da bi bilo prijavljanje nasilja neučinkovito. Poleg naštetih dejavnikov je razlog neprijavljanja tudi mišljenje, da je nasilje del službe (Fiseković, et al., 2015; Fafliora, et al., 2016).

Pri preprečevanju nasilja v zdravstvu imajo velik pomen ukrepi, ki jih izvajajo zdravstveni zavodi. V raziskavi nas je zanimalo, katere ukrepe zdravstveni zavodi najpogosteje izvajajo. Ugotovili smo, da sta najpogostejša ukrepa za zmanjševanje nasilja v zdravstveni negi uvedena ničelna toleranca do nasilja (PV = 2,94) in uveden protokol ob pojavu nasilja med zdravstvenimi delavci (PV = 2,62). Do podobnih rezultatov je prišel tudi Bole (2017), ki ugotavlja, da ima skoraj polovica zdravstvenih zavodov v Sloveniji sprejeto politiko, dokument ali izjavo o ničelni toleranci do nasilja, skoraj polovica ustanov, ki so sodelovale v njegovi raziskavi, ima sprejete protokole, dokumente ali ustanovljeno komisijo za obravnavo nasilja na delovnem mestu v zdravstveni negi. Da večina nima pozitivne predstave o odnosu organizacije in vodstva do varnosti na delovnem mestu, navaja Prisljan s sodelavci (2019). Prišli so do rezultatov, da je polovica anketiranih prepričana, da vodstvo nima jasne predstave o varnostnih tveganjih, povezanih z obravnavo pacientov, da nimajo jasne supervizije obravnave nasilnih pacientov ter da je pomanjkanje izkušenega kadra na delovnih mestih. Skoraj četrtina poroča, da organizacijam varnost ne predstavlja visokega pomena in zato ni ustrezno poskrbljeno za varnostne razmere ter ustrezna sredstva za njeno zagotavljanje. Da je za uspešno reševanje nasilja na delovnem mestu treba imeti protokol obravnave nasilnih dejanj ter pravilnik o obravnavi nasilja v organizaciji, navaja tudi Vičar (2015), ki ugotavlja, da so poleg teh ukrepov pomembne tudi komunikacijske veščine, poznavanje problematike in pridobitev veščin za reševanja konfliktov. Niu in sodelavci (2018) so mnenja, da je za preprečevanje nasilja na delovnem mestu pomembno izvajanje varnostnih ukrepov (varovala, alarmni sistemi in telefoni za klic v sili), izboljšanje delovnega okolja (zagotavljanje zasebnosti, svetloba, hrup, čistoča) in izobraževanje ter usposabljanje o nasilju na delovnem mestu.

Poleg ukrepov zdravstvenih ustanov pa so pomembna tudi ravnanja v primeru nasilja v zdravstveni negi. Anketiranci v naši raziskavi so za najpomembnejše označili uvedbo strokovne pomoči (PV = 4,28) ter da so za varno oskrbo pacientov potrebna izobraževanja z večkratnimi obnovitvenimi delavnicami (PV = 4,26) in pisne smernice ukrepanja ob pojavu nasilja (PV = 4,21). Na to temo smo postavili tudi hipotezo, da dajejo zaposleni v zdravstveni negi v raziskanih zdravstvenih zavodih z visoko strokovno izobrazbo, univerzitetno izobrazbo in strokovnim magisterijem večji pomen teoretičnim in

praktičnim delavnicam ter izobraževanjem s področja reševanja in zmanjševanja nasilja v zdravstveni negi v primerjavi z zaposlenimi s srednješolsko izobrazbo. Hipotezo smo delno potrdili in delno zavrnil. Statistično smo dokazali, da razlik pri ugotavljanju pomembnosti pomena teoretičnih delavnic za varno oskrbo pacientov med zaposlenimi z visoko strokovno in univerzitetno izobrazbo ter strokovnim magisterijem ni, obstajajo pa statistično pomembne razlike pri pomembnosti praktičnih delavnic za varno oskrbo pacientov med zaposlenimi z visoko strokovno izobrazbo, univerzitetno izobrazbo ter strokovnim magisterijem. Prislani s sodelavci (2019) so ugotovili, da anketirani svoja znanja s področja obvladavanja nasilnih pacientov ocenjujejo kot povprečna in le 5 % anketiranih meni, da so usposabljanja, ki so jih deležni, ustrezna. Večina (78 %) je mnenja, da bi bilo treba na tem področju izvajati praktične delavnice in sprejeti pisne smernice ukrepanja (74 %). V okviru projekta Varnost zdravstvenega osebja pri obravnavi pacientov (Gabrovec, et al., 2020) so izvedli izobraževanje o prepoznavanju agresivnega vedenja in možnih ukrepov. Prišli so do rezultatov, da ima polovica udeležencev znanje, vendar pa ga v praksi ne znajo uporabiti, prav tako je polovica mnenja, da so za varno oskrbo pacientov potrebne teoretične delavnice, večji odstotek (64 %) pa jih meni, da so potrebne praktične delavnice. Tako kot v naši raziskavi so tudi oni prišli do rezultatov, da je večina (64 %) mnenja, da so za varno oskrbo pacientov potrebna izobraževanja z večkratnimi obnovitvenimi delavnicami. Prišli so pa do spodbudnega podatka, da se je 79 % udeležencev že udeležilo teoretičnega in praktičnega izobraževanja na temo agresivnosti v zdravstvu. Kvas in Seljak (2015) sta mnenja, da je treba organizirati izobraževanja na temo prepoznavanja in preprečevanja nasilja v zdravstveni negi, s čimer se strinjajo tudi Babiarczyk in sodelavci (2020). V raziskavi, izvedeni med patronažnimi medicinskimi sestrami v Koreji (Kim, et al., 2020), je polovica anketiranih poročala o tem, da niso bile deležne izobraževanja o nasilju na delovnem mestu in niso dobile napotkov, kako obvladovati nasilnega pacienta, medtem ko izvajajo obisk na njegovem domu. Menijo, da je potrebnega več izobraževanja in praktičnih delavnic na to temo.

Anketirani so kot najpogostejši občutek ob nasilnem dogodku navedli strah, nemoč, ob pojavu mobinga na delovnem mestu pa tudi nezaželenost. Strah je najpogostejši občutek, ki ga doživijo zaposleni v zdravstveni negi po nasilnem dogodku. Negativna čustva, ki



jih doživijo zaposleni, lahko povzročijo tesnobo, depresijo in zmanjšano motivacijo za delo, vplivajo pa tudi na odnos medicinske sestre do pacientov in skrbi za njih (Kim, et al., 2020). Zhang je s sodelavci (2018) proučeval vpliv nasilja na delovnem mestu na spanje in ugotovil, da se medicinske sestre, ki so bile žrtve nasilja na delovnem, soočajo s tesnobo, ponoči se pogosto zbujajo, kar vpliva na kakovost spanca. Poleg strahu ob doživetju nasilja se pojavlja tudi občutek sramu, ki ga v raziskavi, izvedeni v petih evropskih državah (Babiarczyk, et al., 2020), navaja polovica anketiranih. Žrtve nasilja v zdravstvu pogosto občutijo tudi jezo, stres, razočaranje in zmanjšano kakovost življenja (Faffiora, et al., 2016). V naši raziskavi so žrtve mobinga navajale občutek nezaželenosti, Durmus s sodelavci (2018) pa navaja, da je polovica žrtev mobinga doživela občutek žalosti. Pojavili so se tudi stres, težave z glavoboli, bolečine v želodcu in utrujenost.

Zdravstvene ustanove na Gorenjskem imajo uvedeno ničelno toleranco do nasilja, anketirani pa bi si želeli uvedbe strokovne pomoči in izobraževanja na temo nasilja na delovnem mestu z večkratnimi obnovitvenimi delavnicami. Menimo, da bi moral biti v zdravstvenih zavodih prisoten varnostnik, ki bi ga zaposleni ob pojavu nasilja lahko poklicali na pomoč. Pomembno je, da se izvedejo nadaljnje raziskave na temo nasilja med zaposlenimi v zdravstveni negi, da se raziščejo vzroki in dejavniki, ki najpogosteje povzročijo nasilje, ter kateri ukrepi najbolj pripomorejo k njegovemu zmanjšanju. S pomočjo dobljenih rezultatov nadaljnjih raziskav bi uvedli učinkovite ukrepe in izobraževanja ter delavnice na temo preprečevanja nasilja. Izobraževanja na temo nasilja na delovnem mestu in njegovega preprečevanja je treba uvesti že v času formalnega šolanja, dijakom in študentom je treba predstaviti pravilne ukrepe in jih spodbujati k prijavljanju nasilja. Ob pojavu nasilja je treba zagotoviti strokovno pomoč zaposlenim in zaposlene spodbujati k prijavljanju nasilnih dogodkov. Menimo, da ima veliko vlogo pri preprečevanju nasilja na delovnem mestu tudi vodstvo. Vodja mora svoje znanje o ukrepih in preprečevanju nasilja deliti med svojimi zaposlenimi ter jih spodbujati k njegovemu prijavljanju, pomembna je odprta komunikacija z zaposlenimi, saj se bodo na ta način lažje zaupali vodji in tudi večkrat prijavili nasilje na delovnem mestu. Nasilje v zdravstveni negi je prisotno, saj je bila več kot polovica anketiranih že žrtev nasilja na delovnem mestu. Najpogosteje se srečujejo s psihičnim nasiljem, najpogostejši

povzročitelj pa je pacient. Delo zaposlenih v zdravstveni negi je ob pacientu in z njim, zato je pomembno, da se počutijo varne pri svojem delu.

Naša raziskava ima tudi nekaj omejitev. Izpostaviti velja, da smo morali vprašalnik, zaradi slabega odziva na reševanje večkrat posredovati zdravstvenim zavodom. Menimo, da je bil odziv zaposlenih na reševanje slabši tudi zaradi anketiranja v času poletnih počitnic ter elektronske oblike anketiranja, saj smo iz določenih zdravstvenih zavodov dobili le malo rešenih vprašalnikov. Na vprašanje, v katerem smo anketirane prosili, da nam zaupajo svojo izkušnjo, nismo dobili veliko odgovorov, saj so nanj odgovorili, če so želeli. Razlog za manjše število odgovorov je lahko tudi to, da je nasilje na delovnem mestu občutljiva tema, mnogi o svojih izkušnjah ne želijo govoriti in jih zaupati drugim

## 4 ZAKLJUČEK

Delo zaposlenih v zdravstveni negi se odvija ob in s pacientom. V vsakodnevni interakciji s pacienti in njihovimi bližnjimi pa lahko pride tudi do konfliktov in nasilnih dogodkov. Nasilje na delovnem mestu pri zaposlenih v zdravstveni negi predstavlja velik problem tako v Sloveniji kot tujini. Zaposleni se srečujejo z vsemi vrstami nasilja, najpogosteje pa se pojavlja psihično nasilje, sploh verbalno nasilje, katerega najpogostejši povzročitelj je pacient.

Rezultati kažejo, da je nasilje na delovnem mestu doživela večina zaposlenih v zdravstveni negi v zdravstvenih ustanovah na Gorenjskem, zato je treba dati poudarek na njegovo preprečevanje. Veliko vlogo pri tem ima zdravstvena ustanova, ki s svojimi ukrepi vpliva na zmanjševanje in preprečevanje nasilja na delovnem mestu. V raziskavi ugotavljamo, da so uvedena ničelna toleranca, uveden protokol ob pojavu nasilja med zdravstvenimi delavci, uvedene varnostne kamere in prisotnost varnostnika, le nekateri izmed ukrepov, ki jih izvajajo zdravstvene ustanove na Gorenjskem.

V raziskavi smo prišli do ugotovitev, da dajejo zaposleni v zdravstveni negi največji pomen uvedbi strokovne pomoči žrtvam nasilja, izobraževanjem z večkratnimi obnovitvenimi delavnicami in tečajem samoobrambe. Zdravstvene ustanove se lahko s pomočjo teh ugotovitev, bolj usmerijo k uvedbi strokovne pomoči in izobraževanj o nasilju med zaposlenimi v zdravstveni negi. Menimo, da je pomembna tudi uvedba protokola ob pojavu nasilja med zdravstvenimi delavci. S protokolom morajo biti zaposleni v zdravstveni negi seznanjeni in ga ob morebitnih nasilnih dogodkih tudi znati uporabljati.

Kljub temu da zdravstvene ustanove izvajajo ukrepe, se nasilje pri zaposlenih v zdravstveni negi pojavlja in velikokrat se zgodi, da žrtve nasilja ne prijavijo. Razlog za to tiči tudi v prepričanju, da se stvari kljub prijavi ne bodo izboljšale, zaposleni nasilje velikokrat smatrajo tudi kot del službe. Menimo, da je naloga vodstva zdravstvenih ustanov in vodij zdravstvenih timov, da zaposlene seznanijo z možnostmi prijav nasilja in spodbujajo, da se kakršnokoli nasilje prijavi, saj se bo nasilje v zdravstveni negi le na

ta način zmanjšalo. Le z netoleriranjem nasilja in nasilnih pacientov se lahko doseže, da se zmanjša nasilje nad zdravstveni delavci, zaradi narave dela pa ga ne moremo čisto izkoreniniti.

Zaposleni v zdravstveni negi se dnevno srečujejo z nasiljem, zato menimo, da bi bilo v nadaljnjih raziskavah potrebno ugotoviti kakšne so posledice nasilnih dogodkov na zaposlene v zdravstveni negi, ugotoviti katere tehnike preprečevanja nasilja so najbolj učinkovite in na kakšen način zaposlene v zdravstveni negi spodbuditi k prijavljanju nasilja.

## 5 LITERATURA

Alameddine, 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. 1-13.

Al-Turki, N., Afify, A.A. & AlAteeq, M., 2016. Violence against health workers in Family Medicine Centers. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, pp. 257-266.

Babiarczyk, B., Turbiarz, A., Tomagova, M., Zelenikova, R. & Önler, E., 2020. Reporting workplace violence towards nurses in 5 European countries – a cross-sectional study. *International Journal of Occupational medicine and Environmental Health*, 33(3), pp. 325-338.

Babič, T., 2010. *Obravnava agresivnega pacienta v prehospitalnem okolju: diplomsko delo*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Babnik, K., Štemberger Kolnik, T. & Kopač, N., 2012. Predstavitev rezultatov dela raziskave "Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu": Oblike, pogostost in povzročitelji psihičnega nasilja. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(2), pp. 148-156.

Banda, C.K., Mayers, P. & Duma, S., 2016. Violence against nurses in the southern region od Malawi. *Health SA Gesondheid*, 21, pp. 415-521.

Bärsch, T. & Rohde, M., 2017. *Kommunikative Deeskalation*. 4th ed. Norderstedt: Books on Demand.

Bayram, B., Cetin, M., Oray, N.C. & Can, I.O., 2017. Workplace violence against physicians in Turkey's emergency departments: a cross – sectional survey. *BMJ Open*, 7, pp. 1-10.

Blejc, U., 2016. Nasilje nad zdravniki. Poslušam vas. Razumem vas. Kako lahko pomagam? *Pharmonia*, 18, pp. 56-59.

Bojić, M., 2016. *Izpostavljenost nasilju zdravstvenih delavcev na delovnem mestu: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

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. Lončnar & 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. 10 in 10. 10. 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.

Brečko, D., 2014. *Reci mobingu ne*. Ljubljana: Planet GV.

Campbell, J.C., Messing, J.T., Kub, J., Agnew, J., Fitzgerald, S., Fowler, B., Sheridan, D., Lindauer, C., Deaton, J. & Bolyard, R., 2011. Workplace violence: prevalence and risk factors in the safe at work study. *The international journal of occupational and environmental medicine*, 52(1), pp. 82-89.

Casey, D., 2017. When visitors become violent: What is the ethical response? *Medsurg nursing*, 26(2), pp.148-150.

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 sciences*, 11(3), pp. 1756-1762.

Cheung, T., Lee, P.H. & Yip, P.S.F., 2017. Workplace Violence toward Physicians and Nurses: Prevalence and Correlates in Macau. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14, pp. 1-15.

Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni in babiški negi, 2010. *Protokol obravnave trpinčenja, spolnega in drugega nadlegovanja na delovnem mestu ali v zvezi z delom nad zaposlenimi v zdravstveni in babiški negi*. [pdf] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/11/Protokol-obravnave-trpinčenja-spolnega-in-dругega-nadlegovanja-na-delovnem-mestu-ali-v-zvezi-z-delom-nad-zaposlenimi-v-zdravstveni-in-babiški-negi.pdf> [7 November 2020].

Delpont, M., 2018. Psychiatric nurses' experience of aggression amongst colleagues. *Health SA*, 23, pp. 1-13.

Doman, B., Hartley, D., Hendricks, S.A. & Jenkins, E.L., 2012. Non – fatal workplace violence injuries in the United States 2003 – 2004: A follow back study. *Work*, 42(1), pp. 125-135.

Društvo za nenasilno komunikacijo, 2020. *Nasilje ima več oblik*. [online]. Available at: <https://www.drustvo-dnk.si/o-nasilju/kaj-je-nasilje.html#i> [Accessed 31 Oktober 2020].

Durmus, S.C., Topcu, I. & Yildirim, A., 2018. Mobbing behaviors encountered by nurses and their effects on nurses. *International journal of caring sciences*, 11(2), pp. 905-913.

Fafliora, E., Bampalis, V.G., Zarlak, G., Sturaitis, P., Lianas., D. & Mantzouranis. G., 2016. Workplace violence against nurses in three different Greek healthcare settings. *Work*, 53, pp. 551-560.

Fallahi-Khoshknab, M., Oskouie, F., Najafi, F., Ghazanfari, N., Tamizi, Z. & Afshani, S., 2016. Physical violence against health care workers: A nationwide study from Iran. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(3), pp. 232-238.

Ferri, P., Silvestri, M., Artoni, C. & Di Lorenzo, R., 2016. Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management*, 9, pp. 263-275.

Fiseković, M.B., Trajković, G.Z., Bjegović – Mikanović, V.M. & Terzić – Šupić, Z.J., 2015. Does workplace violence exist in primary health care? Evidence from Serbia. *European Journal of Public Health*, 25(4), pp. 693-698.

Flynn, J., 2019. Workplace violence prevention: liability recommendations. *The journal of legal nurse consulting*, 30(2), pp. 24-29.

Gabrovec, B., 2015. Prevalenca nasilja nad zaposlenimi v reševalnih službah. *Obzornik zdravstvene nege*, 49(4), pp. 284-294.

Gabrovec, B., Albreht, T., Prislan, K., Lobnikar, B., Macur, M., Kršić, I., Jelenc, M., Selak, Š., Crnkovič, N., & Malešević, S., 2020. *Končno poročilo: Varnost zdravstvenega osebja pri obravnavi pacientov*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/varnost\\_zdravstvenega\\_osebja\\_pri\\_obravnavi\\_pacientov\\_-\\_koncno\\_porocilo.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/varnost_zdravstvenega_osebja_pri_obravnavi_pacientov_-_koncno_porocilo.pdf) [Accessed 20 December 2020].

Gabrovec, B. & Lobnikar, B., 2015. The analysis of the role of an institution in providing safety and quality in psychiatric health care. *Anatolian journal of Psychiatry*, 16(6), pp. 420-425.

Gates, D.M., Gillespie, G.L. & Succop, P., 2011. Violence Against Nurses and its Impact on Stress and Productivity. *Nursing economic*, 29(2), pp. 59-67.



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

Gillespie, G.L., Gates, D.M. & Fisher, B.S., 2015. Individual, relationship, workplace and societal recommendations for addressing healthcare workplace violence. *Work*, 51, pp. 67-71.

Hartin, P., Birks, M. & Lindsay, D., 2018. Bullying and the nursing profession in Australia: an integrative review of the literature. *Collegian*, 25(6), pp. 613-619.

Hartley, D., Ridenour, M., Craine, J. & Morrill, A., 2015. Workplace violence prevention for nurses on-line course: Program development. *Work*, 51, pp. 79-89.

Hassankhani, H. & Soheili, A., 2017. Zero-Tolerance Policy: The Last Way to Curb Workplace Violence against Nurses in Iranian Healthcare System. *Journal of Caring Sciences*, 6(1), pp. 1-3.

Heckemann, B., Zeller, A., Hahn, S., Dassen, T., Schols, J.M.G.A. & Halfens, R.J.G., 2015. The effect of aggression management training programmes for nursing staff and students working in an acute hospital setting: a narrative review of current literature. *Nurse Education Today*, 35(1), pp. 212-219.

Judge, J. & Bolton, J., 2013. Violence in Primary Care. *Art & Science*, 23(19), pp.18-22.

*Kazenski zakonik (KZ-1)*, 2008. Uradni list Republike Slovenije, št. 50/12.

Kelbič, A. & Fekonja, Z., 2011. Doživljanje nasilja nad zaposlenimi v nujni medicinski pomoči ob zagotavljanju dostopnosti in enakosti zdravstvene oskrbe pacientov. In: T. Štemberger Kolnik, S. Majcen Dvoršak, D. Klemenc, B. Bregar & I. Buček Hajdarevič, eds. *Medicinske sestre in babice zagotavljamo dostopnost in enakost zdravstvene oskrbe pacientov: Zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške

nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 97-103.

Kim, E., Choi, H. & Ju, Y. Y., 2020. Who Cares for Visiting Nurses? Workplace Violence against Home Visiting Nurses from Public Health Centers in Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), pp. 1-40.

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

Krsnik Horvat, B., 2012. *Trpinčenje na delovnem mestu v javnih raziskovalnih organizacijah in ukrepi za njegovo preprečevanje: magistrsko delo*. Kranj: Fakulteta za organizacijske vede.

Kvas, A., Babnik, K., Štemberger Kolnik, T. & Košir, I., 2012. Raziskava Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnem mestu: psihično, fizično, spolno nasilje v zdravstveni negi v Sloveniji. In: T. Štemberger Kolnik, S. Majcen Dovšak & D. Klemenc, eds. *Z dokazi v prakso: zbornik predavanj z recenzijo. 13. simpozij zdravstvene in babiške nege, 9. maj 2012*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic, pp. 75-82.

Kvas, A. & Seljak, J., 2015. Source od workplace violence against nurses. *Work*, 52, pp. 177-184.

Lamothe, J. & Gauy, S., 2017. Workplace violence and the meaning of work in healthcare workers: A phenomenological study. *Work*, 56, pp. 185-197.

Lanctôt, N. & Guay, S., 2014. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic review of the consequences. *Aggression and Violent Behaviour*, 19, pp. 429-501.

Lešnik Mugnaioni, D., 2011. *Kako prepoznati mobing na delovnem mestu in kako ukrepati*. [pdf] Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi. Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/wp-content/uploads/2019/11/Kako-prepoznati-mobing-na-delovnem-mestu-in-kako-ukrepati-Lešnik-Mugnaioni.pdf> [Accessed 2 November 2020].

Lešnik Mugnaioni, D. & Klemenc, D., 2011. Trpinčenje na delovnem mestu. In: B.M. Kaučič, ed. *Odličnost v zdravstvu – odprti za nove ideje: zbornik prispevkov z recenzijo*. Ljubljana: Zbornica – Zveza, Sekcija medicinskih sester v managementu, pp. 93-108.

Lešnik Mugnaioni, D. & Cvetežar, I.Š., 2012. Ponovno skupaj proti nasilju. *Utrip*, 10(1), p. 17.

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

Majhenič, J. & Mivšek, A.P., 2012. Mobing v babištvu. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(2), pp. 165-169.

Munc, M., 2010. *Nemoč nasilja*. Maribor: Založniško podjetje De VESTA.

Niu, S., Lee, T., Tsai, J., Hsing, S., Wu, S. & Kao, C., 2018. Workplace violence against nurses in northern Taiwan: a cross-sectional study. *The Journal of Nursing*, 65(6), pp. 44-53.

Nolimal, D., 2015. *Posttravmatska stresna motnja po trpinčenju na delovnem mestu*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Occupational Safety and Health Administration (OSHA), 2015. Guidelines for zero tolerance. *Environment of Care News*, 18(8), pp. 8–11.

Occupational Safety and Health Administration (OSHA), 2016. *Guidelines for Preventing workplace violence for Healthcare and Social Service Workers*. [pdf] U. S. Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration. Available at: <https://www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf> [Accessed 28 Oktober 2020].

Ojstršek, M. & Škrjanec, A.L., 2012. *Ocenjevanje zanesljivosti merjenja s koeficienti Cronbach alfa, omega in koeficienti iz metode SEM: uparaba Monte Carlo simulacij*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.

Omerčič, J., 2012. *Nasilje v zdravstvenih zavodih med zaposlenimi: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Mariboru, Fakulteta za varnostne vede.

Pajtler, J., 2019. *Management preprečevanja in obvladovanja nasilja v zdravstveno socialnih organizacijah: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Pillinger, J., 2017. *ETUC: Varne doma, varne v službi! Nacionalno poročilo, strategije sindikatov za preprečevanje in odpravljanje nadlegovanja ter nasilja nad ženskami na delovnem mestu*. Ljubljana: Zveza Svobodnih sindikatov Slovenije.

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

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*. [pdf] Nacionalni inštitut za javno zdravje. Available at: [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/raziskovalno\\_porocilo\\_razsirjenost\\_agresivnosti\\_nad\\_zaposlenimi\\_v\\_zdravstvu\\_in\\_analiza\\_stalisc.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/raziskovalno_porocilo_razsirjenost_agresivnosti_nad_zaposlenimi_v_zdravstvu_in_analiza_stalisc.pdf) [Accessed 17 December 2020].

Purpora, C., Blegen, M.A. & Stotts, N.A., 2015. Hospital staff registered nurses' perception of horizontal violence, peer relationships and the quality and safety of patient care. *Work*, 51, pp. 29-37.

Richardson, S., Grainger, P.C., Ardagh, M.W. & Morrison, R., 2018. Violence and aggression in emergency department in under-reported and under-appreciated. *The New Zealand Medical Journal*, 131(1476), pp. 50-58.

Robbins, K.C., 2019. De-escalation in health care. *Nephrology Nursing Journal*, 46(3), pp. 345-346.

Selič, P., Nassib, A. & Makivić, I., 2012. Workplace mobbing: a case study report. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(2), pp. 113-126.

Serafin, L.I., 2019. Prevalence of bullying in the nursing workplace and determinant factors: a national cross-sectional Polish study survey. *BMJ Open*, 9(12), pp. 1-16.

Sisawo, E.J., Ouedraogo S.Y.A. & Huang, S., 2017. Workplace violence against nurses in the Gambia: mixed methods design. *BMC Health Services Research*, pp. 1-11.

Stevenson, K.N., Jack, S.M., O'Mara, L. & LeGris, J., 2015. Registered nurses' experience of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an imperative descriptive study. *BMC Nursing*, pp. 2-13.

Šenveter, N., 2011. *Nasilje na delovnem mestu zaradi spola: diplomsko delo*. Ljubljana: Fakulteta za varnostne vede.

Tsukamoto, S.A.S., Galdino, M.J.Q., Robazzi, M.L.C., Ribeiro, R.P., Soares, M.H., Haddad, M.F.L. & Martins, J.T., 2019. Occupational violence in the nursing team: prevalence and associated factors. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(4), pp. 425-432.

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

United States Government Accountability Office, 2016. *Workplace Safety and Health: Additional Efforts Needed to Help Protect Health Care Workers from Workplace Violence*. [pdf] United States Government Accountability Office. Available at: <https://www.gao.gov/assets/680/675858.pdf> [Accessed 27 Oktober 2020].

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

Vičar, N., 2015. *Nasilje v zdravstveni negi: magistrsko delo*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede.

Wijk, E., Traut, A. & Julie, H., 2014. Environmental and nursing-staff factors contributing to aggressive and violent behaviour of parents in mental health facilities. *Curationis*, 37(1), pp. 1-9.

World Health Organization (WHO), 2020. *Definition and typology of violence*. [online]. Available at: <https://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/> [Accessed 5 Oktober 2020].

World Health Organization (WHO), 2020. *Violence against health workers*. [online]. Available at: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/workplace/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/) [Accessed 26 Oktober 2020].

*Zakon o delovnih razmerjih (ZDR-1)*, 2013. Uradni list Republike Slovenije, št. 21/13.

Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 2020. *Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni in babiški negi*. [online]. Available at: <https://www.zbornica-zveza.si/o-zbornici-zvezi/delovne-skupine/delovna-skupina-za-nenasilje-v-zdravstveni-negi/> [Accessed 7 November 2020].

Zdravniška zbornica Slovenije, 2019. *Priporočila za preprečevanje nasilnih incidentov. Okvirne usmeritve za zaščito zdravništva na delovnem mestu. Elektronska izdaja*. [pdf] Zdravniška zbornica Slovenije. Available at: [https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/preprečevanje-nasilja/priporočila-preprečevanje-nasilja-zzs-s-cip.pdf?sfvrsn=28883136\\_10](https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/preprečevanje-nasilja/priporočila-preprečevanje-nasilja-zzs-s-cip.pdf?sfvrsn=28883136_10) [6 November 2020].

Zhang, S., Wenhui, L., Jinghui, W., Yu, S., Fengzhe, X., Shuang, C., Tao, S. & Lihua, F., 2018. Impact of workplace violence and compassionate behaviour in hospitals on stress, sleep quality and subjective health status among Chinese nurses: a cross-sectional survey. *BMJ open*, 8 (10), pp. 1-18.

Zhao, S., Liu, H., Ma, H., Jiao, M., Li, Y., Hao, Y., Sun, Y., Gao, L., Hong, S., Kang, Z., Wu, Q. & Qiao, H., 2015. Coping with Workplace Violence in Healthcare Settings: Social Support and Strategies. *International Journal of Environment Research and Public Health*, 12, pp. 14429-14444.

## 6 PRILOGE

### 6.1 INSTRUMENT

#### VPRAŠALNIK

Sem Andreja Demšar in v okviru magistrskega študija na Fakulteti za zdravstvo Angele Boškin pripravljam magistrsko delo z naslovom Prisotnost nasilja med zaposlenimi v zdravstveni negi in ukrepi za zmanjševanje let-tega v zdravstvenih zavodih gorenjske regije pod mentorstvom red. prof. dr. Brigite Skela Savič, znan. svet., in somentorstvom mag. Jožice Ramšak Pajk, viš. pred. Namen raziskave je ugotoviti, kakšne ukrepe izvajajo zdravstveni zavodi na Gorenjskem za zmanjševanje in preprečevanje nasilja v zdravstveni negi ter katera vrsta nasilja je najpogostejša med zaposlenimi v zdravstveni negi na Gorenjskem.

Prosim vas, da na vprašanja odgovorite in se opredelite do trditev. Vprašalnik, ki je pred vami, je prostovoljen in anonimen. Rezultati bodo uporabljeni za namene raziskovalnega dela magistrskega dela in namene strokovnih objav, kjer zagotavljamo anonimnost vključenih zdravstvenih zavodov in posameznikov.

Za vaše odgovore in sodelovanje se vam najlepše zahvaljujem!

1) Spol:

- 1) Moški
- 2) Ženski

2) Starost:

Star/-a sem \_\_\_\_\_ let.

3) Število let dela v zdravstvu: \_\_\_\_\_

Število let dela v sedanji službi: \_\_\_\_\_

4) Stopnja izobrazbe:

- 1) Srednješolska izobrazba
- 2) Visoka strokovna izobrazba
- 3) Univerzitetna izobrazba
- 4) Strokovni magisterij



5) Zaposleni ste v:

- 1) Diagnostični center Bled
- 2) Zdravstveni dom Bled
- 3) Zdravstveni dom Bohinj
- 4) Zdravstveni dom Jesenice
- 5) Zdravstveni dom Kranj
- 6) Zdravstveni dom Radovljica
- 7) Zdravstveni dom Škofja Loka
- 8) Zdravstveni dom Tržič

6) Kako pogosto ste priča nasilju v zdravstveni negi?

- 1) Nikoli
- 2) Večkrat na mesec
- 3) 1-krat na mesec
- 4) 1–2-krat na pol leta
- 5) 1–2-krat na leto

7) Ste bili kdaj sami žrtev nasilja v zdravstveni negi?

- 1) Da
- 2) Ne

8) Povzročitelji nasilja v zdravstveni negi so lahko tako pacienti in obiskovalci, kot tudi sodelavci in drugi zaposleni v zdravstvenem zavodu. Prosimo, označite od 1 do 5, kako pogosti so po vašem mnenju navedeni povzročitelji nasilja v zdravstveni negi.

1 – nikoli    2 – redko    3 – včasih    4 – pogosto    5 – vedno

	1 – nikoli	2 – redko	3- včasih	4 – pogosto	5- vedno
Pacient					
Sorodnik pacienta oziroma obiskovalec					
Sodelavec (druga medicinska sestra, zdravstveni delavec)					
Nadrejeni (vodja oddelka/ glavna)					

medicinska sestra)					
Zdravnik					
Oseba moškega spola					
Oseba ženskega spola					
Oseba, ki je mlajša od vas					
Oseba, ki je starejša od vas					

- 9) Naštete so vrste nasilja, ki so prisotne v zdravstveni negi. Označite od 1 do 4, kako pogosto se po vašem mnenju pojavijo naslednje vrste nasilja v zdravstveni negi (1 – nikoli, 2 – redko, 3 – včasih, 4 – pogosto, 5 – vedno).

	nikoli	redko	včasih	pogosto	vedno
<i>Fizično nasilje</i> (udarci, prerivanje, pljuvanje itd.)	1	2	3	4	5
<i>Psihično nasilje</i> (verbalno nasilje, grožnje, žaljenje itd.)	1	2	3	4	5
<i>Ekonomsko nasilje</i> (neplačevanje nadurnega dela, opravljanje nalog namesto sodelavcev itd.)	1	2	3	4	5
<i>Spolno nasilje</i> (nadlegovanje, otipavanje, neprimerni komentarji itd.)	1	2	3	4	5

- 10) V tabeli so navedene različne trditve, kako se zaposleni v zdravstveni negi odzovejo na nasilje. Prosim, označite od 1 do 5, kako menite, da se zaposleni najpogosteje odzovejo na nasilje v zdravstveni negi.

1 – nikoli      2 – redko      3 – včasih      4 – pogosto      5 – vedno

	1 – nikoli	2 – redko	3 – včasih	4 – pogosto	5 – vedno
Za nasilje ne povedo nobenemu.					

Za nasilje povedo sodelavcu.					
Za nasilje povedo nadrejeni osebi.					
Podajo pisno izjavo o nasilju.					
Nasilje prijavijo policiji.					
O nasilju obvestijo sindikat.					
O nasilju obvestijo Zbornico – Zvezo (delovno skupino za nenasilje).					
Poiščejo pomoč pri organizacijah, ki nudijo strokovno psihično pomoč.					
Poiščejo si odvetnika.					
Podajo izjavo na pristojni inšpektorat.					
Odidejo na bolniški stalež.					

- 11) V tabeli so navedeni ukrepi, ki jih izvajajo zdravstveni zavodi za zmanjševanje nasilja v zdravstveni negi. Prosimo, označite od 1 do 5, kako pogosto zdravstveni zavod, v katerem ste zaposleni, izvaja naslednje ukrepe.

1 – nikoli      2 – redko      3 – včasih      4 – pogosto      5 – vedno

	1 – nikoli	2 – redko	3 – včasih	4 – pogosto	5 – vedno
Izvajanje izobraževanj na temo nasilja v zdravstvu.					
Izvajanje izobraževanj o veščinah reševanja konfliktov (o deeskalacijskih tehnikah).					
Izvajanje tečajev samoobrambe.					
Uvedena je ničelna toleranca do nasilja.					
Uveden je protokol ob pojavu nasilja med zdravstvenimi delavci.					

Po zdr. zavodu so nameščene varnostne kamere.					
V zdr. zavodu je prisoten varnostnik.					
Zdr. zavod uvaja ukrepe za zmanjševanje nasilja.					

12) V tabeli so navedene trditve o znanju in izobraževanju s področja reševanja in zmanjševanja nasilja v zdravstveni negi. Prosimo, označite od 1 do 5, kako pomembne so po vašem mnenju naslednje trditve.

1 – ni pomembno 2 – malo pomembno 3 – srednje pomembno 4 – delno pomembno  
5 – zelo pomembno

	1 – ni pomembno	2 – malo pomembno	3 – srednje pomembno	4 – delno pomembno	5 – zelo pomembno
Znanje, s katerim razpolagam, je zadostno za obvladovanje nasilnega pacienta.					
Za varno oskrbo pacientov so potrebne teoretične delavnice.					
Za varno oskrbo pacientov so potrebne praktične delavnice.					
Za varno oskrbo pacientov so potrebne pisne smernice ukrepanja ob pojavu nasilja.					
Za varno oskrbo pacientov je potrebno izobraževanje z večkratnimi obnovitvenimi delavnicami.					
Za pomoč zaposlenim pred nasilnimi pacienti je treba uvesti					

tečaj samoobrambe.					
Za pomoč žrtvam nasilja je potrebna uvedba strokovne pomoči.					
Za pomoč žrtvam nasilja v zdr. negi je potrebna uvedba telefonske svetovalne linije.					

13) Če želite, na kratko opišite nasilni dogodek, ki ste ga doživeli, ter kako ste se počutili po dogodku (ste občutili strah, jezo, nemoč, neznanje, obupanost, ogroženost, nerazumevanje sodelavcev, nerazumevanje nadrejenih, ste se počutili varno v vaši zdravstveni ustanovi itd.).

---



---



---



---



---