



УНИВЕРЗИТЕТ У КРАГУЈЕВЦУ
ФАКУЛТЕТ МЕДИЦИНСКИХ НАУКА

Зоран В. Јовановић

**ИСПИТИВАЊЕ УЗРОКА, СТЕПЕНА,
УЧЕСТАЛОСТИ И ПОСЛЕДИЦА НАСИЉА
НАД ЗДРАВСТВЕНИМ РАДНИЦИМА У
ПСИХИЈАТРИЈСКИМ УСТАНОВАМА У
РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ**

Докторска дисертација

Крагујевац, 2024.



UNIVERZITET U KRAGUJEVCU
FAKULTET MEDICINSKIH NAUKA

Zoran V. Jovanović

**ISPITIVANJE UZROKA, STEPENA,
UČESTALOSTI I POSLEDICA NASILJA NAD
ZDRAVSTVENIM RADNICIMA U
PSIHIJATRIJSKIM USTANOVAMA U REPUBLICI
SRBIJI**

Doktorska disertacija

Kragujevac, 2024.



UNIVERSITY OF KRAGUJEVAC
FACULTY OF MEDICAL SCIENCES

Zoran V. Jovanovic

**INVESTIGATION OF THE CAUSES, DEGREE,
FREQUENCY AND CONSEQUENCES OF
VIOLENCE AGAINST HEALTHCARE
WORKERS IN PSYCHIATRIC INSTITUTIONS IN
THE REPUBLIC OF SERBIA**

Doctoral Dissertation

Kragujevac, 2024.

Идентификациона страница докторске дисертације (ћирилицом)

Аутор
Име и презиме: Зоран В. Јовановић
Датум и место рођења: 01.03.1973. године, Шабац
Садашње запослење: Општа болница „Др Лаза К. Лазаревић“ Шабац
Докторска дисертација
Наслов: ИСПИТИВАЊЕ УЗРОКА, СТЕПЕНА, УЧЕСТАЛОСТИ И ПОСЛЕДИЦА НАСИЉА НАД ЗДРАВСТВЕНИМ РАДНИЦИМА У ПСИХИЈАТРИЈСКИМ УСТАНОВАМА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ
Број страница: 126
Број слика: 4 слике, 75 графикана, 4 табеле
Број библиографских података: 169
Установа и место где је рад израђен: Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу
Научна област (УДК): Медицина
Ментор: Проф. др Душан Ђурић, редовни професор Факултета медицинских наука, Универзитета у Крагујевцу
Број и датум одлуке Већа универзитета о прихватању теме докторске дисертације: IV-03-502/26 од 13.07.2023.

Identifikaciona stanica doktorske disertacije (latinica)

Autor
Ime i prezime: Zoran V. Jovanović
Datum i mesto rođenja: 01.03.1973. godine, Šabac
Sadašnje zaposlenje: Opšta bolnica „Dr Laza K. Lazarević“ Šabac
Doktorska disertacija
Naslov: ISPITIVANJE UZROKA, STEPENA, UČESTALOSTI I POSLEDICA NASILJA NAD ZDRAVSTVENIM RADNICIMA U PSIHIJATRIJSKIM USTANOVAMA U REPUBLICI SRBIJI
Broj stranica: 126
Broj slika: 4 slike, 75 grafikona, 4 tabele
Broj bibliografski podataka: 169
Ustanova i mesto gde je rad izrađen: Fakultet medicinskih nauka, Univerzitet u Kragujevcu
Naučna oblast (UDK): Medicina
Mentor: Prof. dr Dušan Đurić, redovni profesor Fakulteta medicinskih nauka, Univerziteta u Kragujevcu
Broj i datum odluke Veća univerziteta o prihvatanju teme doktorske disertacije: IV-03-502/26 od 13.07.2023.

Identifikaciona stranica doktorske disertacije na engleskom jeziku

Author
Name and surname: Zoran V. Jovanovic
Date and place of birth: 01.03.1973. year, Šabac
Current employment: General Hospital "Dr. Laza K. Lazarevic" Sabac
Doctoral Dissertation
Title: INVESTIGATION OF THE CAUSES, DEGREE, FREQUENCY AND CONSEQUENCES OF VIOLENCE AGAINST HEALTHCARE WORKERS IN PSYCHIATRIC INSTITUTIONS IN THE REPUBLIC OF SERBIA
No. of pages: 126
No. of images: 4 figures, 75 charts, 4 tables
No. of bibliographic data: 169
Institution and place of work: Faculty of medical sciences, University of Kragujevac
Scientific area (UDK): Medicine
Mentor: Prof. Dr. Dušan Đurić, Full professor at the Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac
Decision number and date of acceptance of the doctoral dissertation topic:
IV-03-502/26 from 13.07.2023.

ЗАХВАЛНИЦА

Изузетну захвалност дугујем свом ментору, проф. др Душану Ђурићу, који је својим знањем, ентузијазмом и несебичном стручном и пријатељском подршком омогућио реализацију ове докторске дисертације.

Посебно сам захвалан свом првом ментору, проф. др Милици Бајчетић, која ме је, током израде магистарске тезе, стрпљиво и предано учила истраживачком раду.

Своју захвалност дугујем и проф. др Срђану Миловановићу, на свесрдној помоћи, идејама и сугестијама, које су значајно допринеле квалитету ове студије.

Прилика је да искажем захвалност и директорима, здравственим радницима и немедицинском особљу Специјалних психијатријских болница у Вршцу, Ковину и Горњој Топоници, за учешће у истраживању.

Драгоцену пријатељску и стручну помоћ током израде овог рада пружио ми је колектив службе психијатрије Опште болнице у Шапцу, на чему сам им искрено захвалан.

Такође се захваљујем свима који су на било који начин допринели завршетку ове студије.

Бескрајну захвалност дугујем својој породици, за њихову подршку, помоћ и разумевање.

САЖЕТАК

Дефиниција насиља на радном месту предложена је на стручном скупу 1995. године у организацији Европске комисије: „Инциденти у којима су особе злостављане, претње или напади у околностима у вези са њиховим радом, укључујући путовање на посао и са посла, укључујући експлицитне или имплицитне изазове за њихову безбедност, добробит или здравље“ Циљ ове студије је утврђивање преваленције насиља, карактеристика насиља и испитивање фактора и последица који могу бити повезани са изложеношћу насиљу популацији лекара, медицинских сестара и техничара у психијатријским установама у Републици Србији.

Ова студија је осмишљена као опсервациона анкетна студија која је обухватила 191 здравственог радника (лекара, медицинског техничара, радника у кухињи или одржавању и др.) из три психијатријске установе: Специјализована болница Др Славољуб Бакаловић, Вршац, Србија, Специјализована психијатријска болница, Ковин, Србија и Специјализована психијатријска болница Горња Топоница, Ниш, Србија. Употребом и валидацијом два инструмента; Упитника о агресиви и Упитника о стресу на радном месту, ова студија процењује примарне и секундарне исходе потенцијалног насиља у психијатријским установама над здравственим радницима (учесталост, трајање, узрок, врста насиља, место и врста установе у односу на врсту насиља, одсуство са посла у претходних 12 месеци, али и идентификацијом карактеристика и мотива нападача.

Поред тога, ова студија указује на значај превенције насиља над здравственим радницима у психијатријским установама у Републици Србији и указује на неопходност интервенција у циљу заштите запослених у виду обуке, пружања мера физичке заштите, раног откривања запослених изложених вербалном насиљу као потенцијалног претходника. физичком насиљу, формирању политике заштите запослених и већој подршци надређених.

Кључне речи: насиље на радном месту, агресор, психијатријска установа, последице насиља

SAŽETAK

Definicija nasilja na radnom mestu predložena je na stručnom skupu 1995. godine u organizaciji Evropske komisije: „Incidenti u kojima su osobe zlostavljane, pretnje ili napadi u okolnostima u vezi sa njihovim radom, uključujući putovanje na posao i sa posla, uključujući eksplicitne ili implicitne izazove za njihovu bezbednost, dobrobit ili zdravlje“ Cilj ove studije je utvrđivanje prevalencije nasilja, karakteristika nasilja i ispitivanje faktora i posledica koji mogu biti povezani sa izloženošću nasilju populaciji lekara, medicinskih sestara i tehničara u psihijatrijskim ustanovama u Republici Srbiji.

Ova studija je osmišljena kao opservaciona anketna studija koja je obuhvatila 191 zdravstvenog radnika (lekara, medicinskog tehničara, radnika u kuhinji ili održavanju i dr.) iz tri psihijatrijske ustanove: Specijalizovana bolnica Dr Slavoljub Bakalović, Vršac, Srbija, Specijalizovana psihijatrijska bolnica, Kovin, Srbija i Specijalizovana psihijatrijska bolnica Gornja Toponica, Niš, Srbija. Upotrebom i validacijom dva instrumenta; Upitnika o agresiji i Upitnika o stresu na radnom mestu, ova studija procenjuje primarne i sekundarne ishode potencijalnog nasilja u psihijatrijskim ustanovama nad zdravstvenim radnicima (učestalost, trajanje, uzrok, vrsta nasilja, mesto i vrsta ustanove u odnosu na vrstu nasilja, odsustvo sa posla u prethodnih 12 meseci, ali i identifikacijom karakteristika i motiva napadača.

Pored toga, ova studija ukazuje na značaj prevencije nasilja nad zdravstvenim radnicima u psihijatrijskim ustanovama u Republici Srbiji i ukazuje na neophodnost intervencija u cilju zaštite zaposlenih u vidu obuke, pružanja mera fizičke zaštite, ranog otkrivanja zaposlenih izloženih verbalnom nasilju kao potencijalnog prethodnika. fizičkom nasilju, formiranju politike zaštite zaposlenih i većoj podršci nadređenih.

Ključne reči: nasilje na radnom mestu, agresor, psihijatrijska ustanova, posledice nasilja

ABSTRACT

The definition of workplace violence was proposed at an expert meeting organized by the European Commission in 1995: "Incidents in which persons are abused, threatened or attacked in circumstances related to their work, including travel to and from work, including explicit or implicit challenges for their safety, well-being or health" The aim of this study is to determine the prevalence of violence, the characteristics of violence and the examination of factors and consequences that may be associated with exposure to violence among the population of doctors, nurses and technicians in psychiatric institutions in the Republic of Serbia.

This study was designed as an observational survey study that included 191 health workers (doctors, medical technicians, kitchen or maintenance workers, etc.) from three psychiatric institutions: Specialized Hospital Dr. Slavoljub Bakalović, Vršac, Serbia, Specialized Psychiatric Hospital, Kovin, Serbia and Specialized Psychiatric Hospital Gornja Toponica, Niš, Serbia. Using and validating two instruments; Questionnaire on aggression and Questionnaire on workplace stress, this study assesses the primary and secondary outcomes of potential violence in psychiatric institutions against health workers (frequency, duration, cause, type of violence, place and type of institution in relation to the type of violence, absence from work in the previous 12 months, but also by identifying the characteristics and motives of the attackers.

In addition, this study indicates the importance of preventing violence against healthcare workers in psychiatric institutions in the Republic of Serbia and indicates the necessity of interventions aimed at protecting employees in the form of training, providing physical protection measures, early detection of employees exposed to verbal violence as a potential precursor. physical violence, the formation of an employee protection policy and greater support from superiors.

Key words: workplace violence, aggressor, psychiatric institution, consequences of violence

САДРЖАЈ

САЖЕТАК	1
САДРЖАЈ	1
1. УВОД.....	1
1.1. Историја насиља	1
1.2. Епидемиолошки подаци насиља	2
1.3. Дефиниције насиља на радном месту	4
1.4. Врсте и облици насиља на радном месту.....	5
1.5. Фактори ризика за настанак насиља на радном месту	9
1.6. Последице насиља на радном месту	11
1.7. Агресор и жртва насиља на радном месту.....	12
1.8. Превенција насиља на радном месту	14
1.9. Актуелна регулатива у области превенције насиља на радном месту.....	15
1.10. Преглед досадашњих истраживања на тему насиља на радном месту	16
2. ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА	20
2.1. Специфични циљеви истраживања:	20
2.2. Хипотезе истраживања:	20
3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА	22
3.1. Етички аспекти истраживања.....	22
3.2. Дизајн студије	22
3.3. Упитник о агресiji	22
3.4. Упитник о стресу на раду	23
3.5. Методологија валидације инструмента	24
3.6. Тест-ретест поузданости и валидације инструмента.....	25
3.7. Анализа примарних и секундарних исхода	25
3.8. Статистичка анализа и прорачун величине узорка.....	25
4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА.....	27
4.1. Основне демографске карактеристике студијске популације.....	27
4.2. Преваленца насиља над здравственим радницима на радном месту	37
4.3. Карактеристике насиља, агресора и последице насиља над здравственим радницима.....	40
4.4. Повезаност настанка и врсте насиља на радном месту са осталим тестираним параметрима	51
4.5. Стрес на радном месту.....	52
5. ДИСКУСИЈА	78
6. ЗАКЉУЧЦИ.....	80
7. ЛИТЕРАТУРА	88
ПРИЛОЗИ.....	98
БИОГРАФИЈА	107
ИЗЈАВЕ	108

УВОД

1.УВОД

1.1. Историја насиља

Појам насиља на радном месту прожима се од давнина, а глобални проблем је постао развијем савременог друштва и посебно присутан у земљама у транзицији. Насиље представља појаву која озбиљно нарушава и угрожава здравље. Насиље на радном месту није само тренутни и индивидуални проблем већ шири и стратешки проблем који има и друштвени, социјални, економски и културолошки облик (1-3). Насиље индивидуе је директно повезано са последицама на окружење јединке, и ментално, физичко и економско благостање целе породице, као основне јединице здравог друштва. По литературним подацима, насиље на радном месту је најчесталије у институцијама државне управе, а након тога у установама школства и здравственим установама. Такође и у другим установама из области угоститељства, трговине и комуникација, инциденца насиља ја веома висока и креће се око 9-12%. У погледу професије, здравствени радници, затворски службеници, наставници, социјални сарадници и инспектори су особе које су најчешће изложени некој врсти насиља на радном месту (1-3).

Појам и појава насиља није новост, и већ више од двадесет година о томе се говори и разматра у свим круговима. Оно што је у народу познат термин под појмом насиље на радном месту је мобинг (*енг. mobbing*), што представља психичко или вербално насиље запосленог на радном месту. Други алтернативни термини данас су познати и користе се, као што је емоционално злостављање, неприхватљиво понашање, узнемиравање итд. Разлике у употреби ових термина потичу из културолошких разлика углавном, а појам се односи на исту појаву. Давне 1976. године, први пут је описан појам насиља на радном месту од стране Керола Бродског, који је објавио књигу под називом Малтретиран радник(4-7). У тој књизи се описују ситуације у којима су болесни радници били злостављани од стране послодавца и клијената што је било недопустиво. Након тога је и шведски психијатар Хајнц Лејман истраживао појаву насиља на радном месту. Овај научник и лекар се сматра једним од зачетника истраживања уопште насиља на радном месту који је први употребио термин мобинг, и описао последице насиља на радном месту. По овом научнику, мобингом се сматра основно угрожавање људских права, које је штетно и по радника и по околину и све запослене. Основна карактеристика мобинга је понављање и учесталост. Научник Лејман је описао 45 врста насиља, а сви облици се могу поделити у односу на то шта је угрожено: окружење, социјално окружење, квалитет живота, углед или здравље (4-8).

Наредних година и то почетком деведестих, истраживања насиља на радном месту настављена су у Норвешкој и Финској (9-13). Након тога, истраживања на ову тему се проширују у другим земљама, Великој Британији, Аустрији, Ирској и Немачкој. У свим овим земљама, веома запажена је била Андреа Адамс, новинарка која је водила кампању против насиља на радном месту, а 1988. године добила је одликовање и названа је зачетником израза насиља на радном месту. У складу са тим, Шведска је била прва земља у којој је донета регулатива у овој области, па је тако 1993. године донет закон против насиља на радном месту у склопу закона о безбедности и здрављу на раду (9-13).

Касније, 1998. године, француски психијатар др Марија Франс је тврдила да емоционално злостављање и насиље постоји само у брачним заједницама и породицама а не само на радном месту. Према њеној дефиницији, емоционално насиље се односи на свако поновљено систематично увредљиво понашање које урушава физички и психички интегритет особе или угрожава рад једне особе. Др Марија је у својим писаним ставовима умногоме подржавала став Лејмана, али се противила мишљењу да је мобинг као врста насиља психолошко насиље од минимум 6 месеци, већ је става да морална агресија може бити високог интензитета и трајати и знатно краће и веома значајна са израженим последицама (14-17).

У скоријој прошлости, 2003. године, Светска здравствена организација (СЗО) је објавила документ под називом “Подизање свести о психичком узнемиравању на раду”. У том документу се описују карактеристике конфликта при насиљу на радном месту, дуготрајне и систематске неморалне радње, међуљудска комуникација и проблеми запослених на радном месту. У овом документу се јасно описују и стратегије за смањење и избегавање насиља на радном месту, стратегије за смањење стреса на послу коме су изложени запослени. Последњих 15 година, количина стреса на послу у свим професијама је изузетни велика па је самим тим и преваленца насиља на радном месту висока, а то је и разлог већег интересовања научне јавности за овај проблем (18-22)

1.2. Епидемиолошки подаци насиља

Насиље на радном месту подразумева насилна дела или претње насиљем које су усмерене на запослене, на радном месту или ван, која обухватају вербално злостављање, малтретирање, узнемиравање као и физички насртај и хомицид. Насиље на радном месту постаје све чешћа појава и јако је тешко проценити опсег овог проблема услед ограниченог напора и незадовољавајућег нивоа свесности о овом проблему. Конкретно у погледу насиља на радном месту у оквиру здравственог сектора, уколико се не предузму одговарајуће мере заштите, овај проблем може постати глобални феномен који нарушава мир и стабилност у оваквим окружењима што ултимативно може доводити здравље и благостање популације у ризик (23,24).

Преваленција насиља на радном месту у оквиру здравственог сектора варира између 50-88%. У зависности од амбијента здравствене средине ови проценти могу бити и много виши, пример за такву средину јесу амбуланте ургентне медицине где подаци из мета-анализе 14 студија говоре да је чак 90% запослених било изложено неком типу насиља (2). За време пандемије се појављују и форме насиља према здравственим радницима вођене мотивом страха од трансмисије SARS-CoV-2 (25).

Када је реч о психијатријским установама, преваленција насиља у систематском прегледу литературе 145 студија се креће између 8-76%, а ове разлике су условљене употребом различитих истраживачких инструмената, разликама између установа у којима се вршило испитивање, као и држава у оквиру којих су се спровеле студије (27, 28). Различити фактори доприносе настанку насиља, па су они подељени у 3 категорије - фактори везани за пацијенте, установу и запослене. Фактори везани за пацијенте јесу дијагностиковани психотични поремећаји, биполарни поремећај, злоупотреба психоактивних супстанци, неожењени и неударе индивидуе и млађе животно доба. Фактори везани за запослене подразумевају недовољно обучено или привремено особље, незадовољство менаџментом на радном месту, постојање синдрома сагоревања, лош

квалитет интеракција са пацијентима. Напоследку фактори везани за саму установу се односе на препуњеност капацитета установе, места формирања гужве на психијатријским одељењима, време шетње, несигурно окружење, рестриктивни амбијент, недостатак дневне структуре, пушење и недостатак приватности (29).

Неколико земаља прикупља националне статистичке информације о насиљу на радном месту. Међутим, стопе преваленције је тешко упоредити; због употребе различитих дефиниција, различитих метода прикупљања и мерења података и разлика у културним контекстима. Европска анкета о условима рада (ЕВЦС) је истраживање на нивоу ЕУ које спроводи Европска фондација за побољшање услова живота и рада, а која систематски мери, између осталих аспеката услова рада, насиље на радном месту како га виде сами радници. Према ЕВЦС спроведеном 2010. године, 1,9% европских радника (ЕУ 27) је било изложено физичком насиљу на послу у последњих 12 месеци. То значи да је годишње изложено преко 6 милиона радника. Вербално злостављање пријавило је 10,8% свих радника, док је 5% било изложено претњама и понижавајућем понашању у последњих месец дана пре истраживања (30, 31).

Последице насиља које здравствени радници могу доживети су у систематском прегледу 68 студија подељене у седам категорија и могу бити (1) физичке, (2) психолошке, (3) емоционалне, (4) измене радне способности, (5) измене односа са пацијентима/квалитета неге, (6) социјалне/опште и (7-8) финансијске. Као последице од већег значаја се истичу психолошке (депресија, посттрауматски стрес), емоционалне (бес, страх) као и утицај на пословно функционисање (боловање, задовољство послом) због учесталог јављања истих (5) (32-34).

Уопштено говорећи, примећено је да су стопе инциденције пријављеног физичког насиља, вербалног злостављања и претњи насиљем нешто веће у северноевропским државама чланицама. Претпоставља се да би ово могло бити повезано са чињеницом да су у питању земље са развијеним регулативама и стратегијама пријављивања и превенције насиља али и земље које се карактеришу великим секторима социјалних услуга, посебно у области здравства и социјалне заштите.

У Србији постоји 46 стационарних психијатријских установа, од којих су 6 специјалне психијатријске болнице, у оквиру којих има 41 кревет на 100.000 становника са додатком 18 кревета на 100.000 становника у оквиру психијатријских одељења општих болница. Целокупни сектор менталног здравља броји 6.247 кревета, од којих се 50% налази у оквиру великих психијатријских болница. На 100,000 становника има 12,6 психијатара, 2,3 психолога, 1,6 социјалних радника и 21,6 сестара/техничара (9-13). У нашим здравственим установама не постоје подаци о преваленцији насиља, факторима који су повезани са изложеношћу насиљу међу здравственим радницима, о карактеристикама доживљеног насиља и последицама које остављају такви инциденти на здравствене раднике (35-39).

1.3. Дефиниције насиља на радном месту

Насиље је сложена и хетерогена појава, а сама дефиција насиља се разликује у односу на културолошке и друге разлике у популацијама. До данас се није појавила јединствена дефиниција насиља на радном месту. Већина дефиниција насиља на радном месту односи се и на физичка и на психичка дела, а акти насиља се крећу од мањих случајева непоштовања до тешких облика као што је убиство (40, 41).

Светска здравствена организација је 2014. дефинисала насиље (42), при чему је насиље намерна употреба физичке силе или моћи, претње или увреде, против себе, друге особе, или против групе или заједнице, која или резултира или има велику вероватноћу да резултира повредом, смрћу, психичким повредама, неисправним развојем или лишавања живота. Насиље на радном месту је сваки чин или претња физичким насиљем, узнемиравањем, застрашивањем или другим претећим ометајућим понашањем које се дешава на радном месту. Може утицати и укључити запослене, клијенте, купце и посетиоце (42).

Према дефиницији Националног института за безбедност и здравље на раду (НИОСХ): „Насиље је сваки физички напад, претеће понашање или вербално злостављање који се дешавају у радном окружењу“ (43).

Међународна организација рада (ИЛО) дефинише насиље на радном месту као „...сваку радњу, инцидент или понашање које одступа од разумног понашања у којем је неко лице нападнуто, претње, повређено, повређено у току или као директна последица његовог или њен рад“ (43).

Дефиниција насиља на радном месту предложена је на стручном скупу 1995. године у организацији Европске комисије. Договорена дефиниција је сада дефиниција коју широко користе Европска комисија, (европске) институције и истраживачи. Овде се насиље на радном месту дефинише као: „Инциденти у којима су особе злостављане, претње или напади у околностима у вези са њиховим радом, укључујући путовање на посао и са посла, узимајући у обзир експлицитне или имплицитне изазове за њихову безбедност, добробит или здравље“ (42-44).

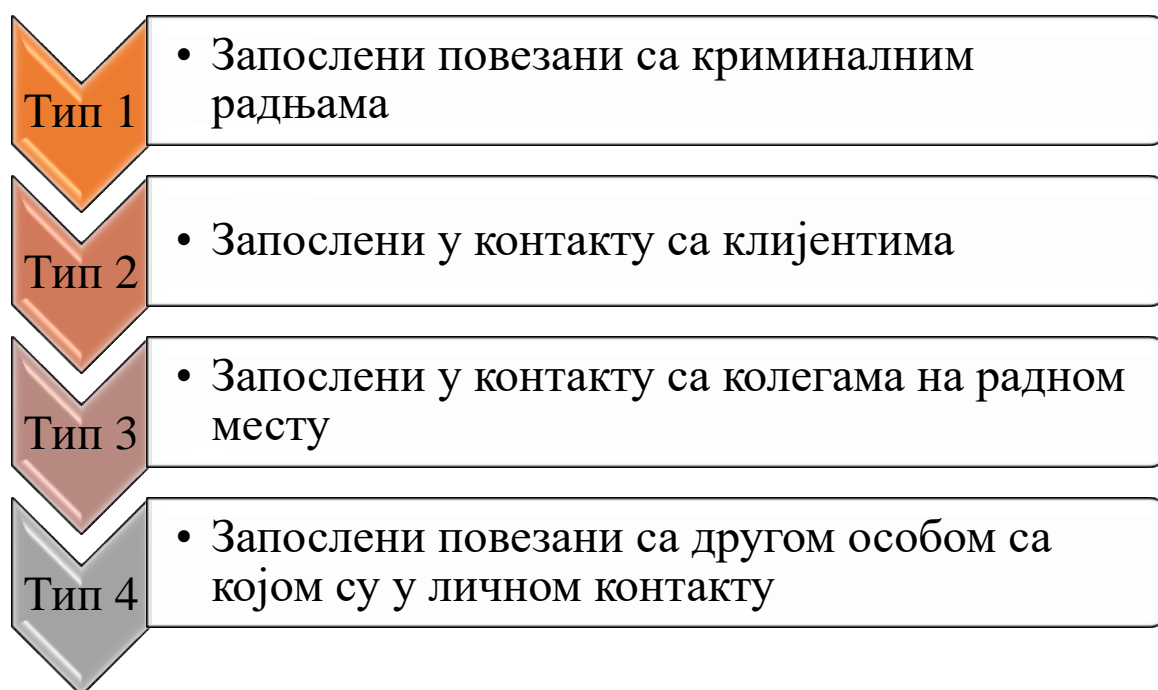
Ова дефиниција укључује широк спектар понашања како физичке тако и психичке природе. У оквиру ове дефиниције, постоји неколико појмова који се могу, и штавише, треба даље дефинисати, укључујући злостављање, претњу и напад. Термин злостављање се односи на „понашања која одступају од разумног понашања и укључују злоупотребу физичке или психичке снаге; злостављање обухвата све облике узнемиравања, укључујући сексуално и расно узнемиравање, малтретирање и мобинг“. Претња се односи на „претњу смрћу, или најаву намере да се науди некој особи или да се оштети њена имовина“. „Напад“ се односи на „сваки покушај физичког повређивања или напада на особу укључујући стварну физичку повреду“ Такође, околности везане за рад треба тумачити широко. Они укључују нападе на раднике док раде на локацији, од куће или током нерадног времена све док су ови напади на неки начин повезани са послом радника (45, 46, 47).

1.4. Врсте и облици насиља на радном месту

На радном месту запослени могу бити изложени различитим типовима и облицима насиља, а у зависности од етиологије насиља, карактеристика насиља, агресора и жртве, постоји више подела насиља на радном месту. До данас, ниједна подела није посебна нити јединствено прихваћена па се већина ових подела и данас користи.

У зависности од врсте везе коју агресор има или нема са жртвом, насиље на радном месту може бити по типу 1, 2, 3 или 4 (Слика 1).

Слика 1. Типови насиља на радном месту у зависности од везе која постоји између установе и агресора



Тип 1 насиља представља тип насиља у коме насиље настаје неvezано за радно место и агресора, односно уколико је запослени повезан са неким криминалним радњама које су директан узрок насиља на радном месту. Уз овај тип насиља се обично надовезују друге форме агресије или проблема на послу које је врло често тешко раздвојити и решити у таквим ситуацијама. Овај тип насиља се најчешће дешава у институцијама или установама у којима запослени имају директан контакт са предметима од велике вредности или новцем, када запослени често западају у разбојништво, пљачке па уз то и десе се телесне повреде или убиство (48, 49).

Тип 2 насиља представља агресију на радном месту настала услед контакта са клијентима односно пацијентима уколико је у питању насиље у здравственим установама. Као узрок настанка ове агресије клијент-пацијент је узрок настанка проблема и неке од врсте агресије. Тип 2 агресије је најчешћи тип и нарочито је присутан у установама у којима гравитира велики број људи, на пример путника, ученика,

пацијената, купаца итд. У овај тип спадају насиља која се десе у здравственим установама и школама (48, 49).

Уколико је узрок настанка агресије на послу конфликт или неразумевање са колегама на радном месту онда говоримо о насиљу типа 3, а уколико је насиље настало услед повезаности или конфликта са другом особом која је у личном односу са агресором односно жртвом, онда говоримо о насиљу типа 4. У организацијама у којима ради велики број људи и то у стресним условима и на ризичним пословима најчешћи је тип 3 насиља, а сам стрес на послу доводи до веће учесталости насиља на радном месту. Овај тип 3 насиља се обично испољава у виду претњи или вербалног терора а веома ретко као телесна повреда. Тип 4 насиља је насиље које се најчешће јавља када је у питању родна неравноправност и када су жене на радном месту у питању, и представља тип насиља који се најтеже открива (48, 49).

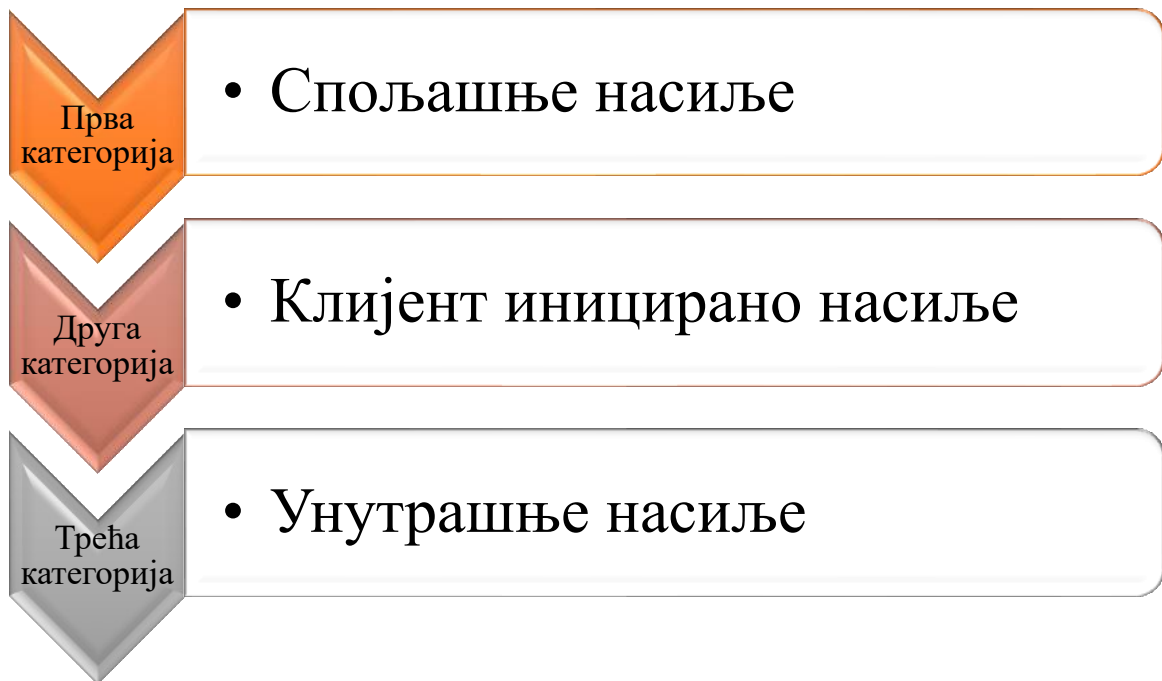
Поред ове поделе, постоје и друге поделе насиља на радном месту и то према другим повезаностима. У зависности од начина агресије или застрашивања, насиље се може поделити на следеће врсте (50, 51):

- i. Насиље на радном месту, односи се на појаву агресије услед лоше комуникације и односа запослених;
- ii. Повезано насиље на радном месту, односи се на појаву агресије која на настаје услед лоших односа и проблема који су настали ван радног места;
- iii. Професионално насиље, односи се на појаву агресије на радном месту која је искључиво резултат одређене професије и занимања запосленог;
- iv. Случајно насиље на радном месту, односи се на агресију у којој је агресор са стране, односно нема повезаност са радним местом на коме се десила агресија;
- v. Насиље због мржње, односи си се на агресију на радном месту која настаје као резултат предрасуда агресора из било којих разлога, религиозних, културолошких, политичких, полних итд.

Пред другој подели коју је успоставио научник Мејхев, насиље на радном месту се дели према извору у следеће категорије (Слика 2) (52, 53):

- i. Спољашње насиље, односи си се на агресију настала од стране особа ван радног места;
- ii. Корисник-клијент иницирано насиље, агресија настала од стране корисника према запосленима у датој институцији;
- iii. Унутрашње насиље, односи се на агресију која је настала између запослених или запослених и надређених у једној организацији (Слика 2).

Слика 2. Подела насиља на радном месту према извору



У литератури су описане и друге поделе насиља на радном месту (54-59) Подела на физичко и психичко насиље, при чему је појава физичког насиља очигледна у готово увек препозната док је појава психичког насиља нешто што се тешко открива. Врло често без обзира на поделу, физичко и психичко насиље се дешавају истовремено и удружено. Физичко насиље је агресија која садржи физички контакт и различите врсте контакта против особе односно жртве. Психичко насиље је намерна употреба узнемиравања и силе са или без физичког контакта ка другој особи што за последицу може имати психичке, социјалне, физичке или моралне потешкоће. У оквиру психичког насиља, постоји неколико варијација па се разликују мобинг, вербални атак, сексуално и расно/етничко узнемиравање. Најчешће је вербално насиље које се односи на присуства понижавања, вређање друге особе што за резултат има низан ниво самопоштовања жртве, повреду достојанства и интегритета особе. Мобинг се односи на психичко или вербално злостављање односно узнемиравање и агресивно понашање на радном месту при чему може бити изложен појединац или читава група. Сексуално и расно односно етничко насиље се темељи на полним, националним и расним разликама и може резултирати различитим последицама, од акутне реакције на стрес до тешких физичких повреда.

Још једна подела насиља на раду је подела у односу на смер агресије (60-62):

- i. Хоризонтална агресија се односи на појаву међу запосленима која се карактерише ситуацијама угрожености, љубоморе и мржње, који су разлог за лоше агресивно понашање усмерено ка другој особи са циљем ненапредовања у каријери или потпуне елиминације;

- ii. Вертикална агресија је други тип насиља које се јавља код запослених у групи који имају различите степене и позиције унутар организације у смислу хијерархије. Код овог типа насиља на радном месту, могући су вербални напади, мобинг, насилничко понашање, претње и друге ситуације које могу имати директну штету на опште пословање и рад организације јер је нарушена хијерархија (Слика 3).

У погледу конкретно појаве насиља на радном месту, недостатак стандардизоване и јединствене дефиниције овог феномена, проузроковало је игнорисање проблема и пораст његове инциденце. Током своје професионалне каријере, здравствени радници могу имати разне непријатне ситуације на радном месту, могу бити изложени насиљу на раду и то различитим врстама, свим претходно наведеним. Како је обично у једном нападу или више напада удружено више типова агресије, тешко је донети јасну дефиницију насиља на радном месту а да се не пређе граница лошег тумачења лоших међуљудских односа и лошег обављања посла. У основи, свако насилничко понашање има нешто или све од следећег: неприхватљиво понашање, угрожавање социјалног мира, психолошке или физичке последице, смањење радне способности и ефективности, стрес.

Слика 3. Подтипови вертикалног и хоризонталног насиља на радном месту



1.5. Фактори ризика за настанак насиља на радном месту

Свака врста насиља може имати одређене последице по радника који се налази на било ком радном месту. Међутим, чини се да су одређене групе занимања више изложене ризику од других. Пре свега, интеракција лицем у лице са клијентима, клијентима или другима изван радне организације повећава ризик од насилних инцидената (тј. насиља „треће стране”). Типични сектори високог ризика укључују: образовање, здравствену заштиту и социјални рад, јавну управу, транспорт и комуникације и хотеле и ресторане. Такође, угрожени су радници и помоћници у продавницама, посебно у малопродаји (63-65).

Чини се да су млади радници више изложени ризику од старијих. Постоје различити докази о улози пола. С’ једне стране, тврди се да због тога што су жене превише заступљене на пословима високог ризика, оне су у већем ризику од изложености насиљу него мушкарци. Међутим, с друге стране, студије у здравственом сектору откривају виши ниво ризика за мушкарце у поређењу са радницама. Генерално, жене су у већој опасности од неколико других врста насиља/облика дискриминације; посебно сексуалног узнемиравања и виктимизације (66).

Предложено је много различитих фактора који утичу на ризик од насиља на радном месту (67-72). Факторе ризика за насиље на радном месту проучавале су различите научне дисциплине. Већина студија о претходним појавама насиља није заснована на лонгитудиналним, већ пре на студијама пресека. Резултат овог малог броја истраживања резултира у ограниченом степену до којег се може закључити о узрочно-последичној вези. Међутим, доступни докази наглашавају низ фактора на индивидуалном, организационом и друштвеном нивоу за које је утврђено да су повезани са већом изложеношћу насиљу на радном месту. У овој докторској дисертацији, са микро до макро перспективе, биће размотрени и идентификовани фактори који се односе на индивидуални, организациони и друштвени ниво (73, 74).

- i. Индивидуални фактори: Осим горе поменутих демографских фактора, верује се да неколико фактора индивидуалног нивоа повећавају ризик од изложености насиљу на радном месту: на пример, нижи нивои образовања и обуке и краће радно искуство. Такође је примећено да су претходна изложеност насиљу, неадекватне вештине управљања конфликтима и ниско самопоштовање повезани са већим ризиком од насиља на радном месту.
- ii. Организациони фактори: На организационом нивоу, широк спектар фактора који се односе на специфичне задатке или ситуације и организацију рада у ширем контексту идентификовани су као потенцијални претходници насиља на радном месту. Као што је горе поменуто, интеракција лицем у лице са клијентима, клијентима или другима ван радне организације повећава ризик од насилних инцидената. У већем су ризику посебно они који раде са људима којима је потребна физичка или емоционална нега, или са зависницима од супстанци или дрога. Други специфични високоризични задаци и ситуације: укључујући вечерњи и ноћни рад, рад у сменама, рад сам, рад на локацији, руковање вредним стварима, вршење (физичке) контроле над другима и специфичне карактеристике физичког дизајна радног места. Што се тиче организације рада уопште, потенцијал за насиље се јавља и када запослени треба да одбије захтев појединца; да им се буни; или када се од некога тражи да уради нешто што не жели да уради. Поред тога, технолошке иновације, организациона (безбедносна) клима, физички услови рада и, посебно, психо-социјално радно окружење повезани су са ризиком да буду изложени насиљу.

Услови који могу довести до већег нивоа стреса код радника (као што су међуљудски сукоби, двосмисленост улога, слаба контрола посла, временски притисак, низак квалитет тимског рада и велика оптерећења) повећавају ризик од спољашњег и унутрашњег насиља на радном месту. Примећено је да механизми који подржавају ове посматране односе могу бити различити. На пример, рад са великим оптерећењем може директно или индиректно да доведе до нижег учинка посла, што може изазвати агресивно понашање код купаца, пацијената и тако даље. Поред тога, квалитет здравствене заштите (како га виде пацијенти), укључујући дуго чекање и задовољство третманом, повезан је са ризицима од насиља. Умор или стрес који настају услед рада са великим оптерећењем могу поткопати вештине радника за управљање конфликтима. Коначно, радници могу заправо бити покретачи насилних интеракција због беса или фрустрације узрокованих радом под притиском.

- iii. Друштвени фактори: Предложено је да одређени број, делимично емпиријски подржаних, фактора на друштвеном или макро нивоу има утицај на насиље на радном месту. То укључује културне норме и вредности, индивидуализацију, уграђивање насиља у друштва, глобализацију, законодавне оквире, медијску пажњу и густину насељености.

1.6. Последице насиља на радном месту

Насиље на радном месту може имати тешке негативне последице по циљане раднике, њихове сараднике, породице и пријатеље, посматраче/сведоке, као и на организације и друштво у целини. Све последице можемо поделити на индивидуалне, организационе и друштвене последице (76-79).

Индивидуалне последице подразумевају различите ентитете који се односе искључиво на јединку. Изложеност насиљу на радном месту може довести до физичких и психичких здравствених проблема јединке. Физичке последице зависе од тежине инцидента и могу се кретати од лакших повреда (нпр. модрице или ране) до смрти. Прегледом 55 студија о насиљу на радном месту откривено је да психолошке последице укључују анксиозност, страх, повећану раздражљивост, проблеме са концентрацијом, смањено самопоуздање, проблеме са спавањем, реакције на стрес, депресију и посттрауматски стресни поремећај (ПТСП). Штавише, други пријављени исходи укључују забринутост за личну безбедност, несигурност посла, страх, смањен учинак на послу, задовољство послом, афективну посвећеност, намеру за флукуацију, физичко благостање, међуљудску девијацију и организациону девијацију (76-79).

Према Петом европском истраживању о условима рада спроведеном 2010. године, испитаници који су били изложени физичком насиљу, у поређењу са онима који нису били изложени, пријавили су виши ниво стреса (52% наспрам 26%), умор (55 % наспрам 35%), проблеми са спавањем (40% наспрам 18%) и депресија (27% наспрам 8%). Ови ефекти остају веома значајни када се контролишу друге појединачне варијабле, варијабле на радном месту и позадину (занимање, сектор, величина фирме, пол, старост, стаж и држава). Психолошки ефекти насиља разликују се од особе до особе и могу зависити од индивидуалне перцепције и стратегија суочавања (76-79).

Осим негативних ефеката на здравље, изложеност насиљу може довести до неповољних ставова на послу (нпр. мотивације или задовољства) и може имати исходе понашања (као што су изостанак са посла и смањен учинак на задатку). Литературни подаци наглашавају везу између „агресије са стране“ и три исхода ставова (задовољство послом, афективна посвећеност и намера промене), три исхода понашања (међуљудска девијација, организациона). Девијантност и радни учинак) и четири исхода у вези са здрављем (опште здравље, депресија, емоционална исцрпљеност и физичко благостање). Међутим, у односу на исходе става и понашања, јачи негативни ефекти су пронађени за „агресију супервизора“ и агресију „сарадника“. Није било уочених разлика за већину здравствених исхода (76-79).

Подаци из претходних студија такође указују да су стопе одсуства због лошег здравља у вези са радом значајно веће међу онима који су изложени различитим облицима агресије на радном месту. Конкретно, већи проценат радника изложених физичком насиљу, у поређењу са просеком, био је одсутан 10 или више дана због лошег здравља на послу (28% према 15%). Треба напоменути да је утврђено да не само тежина, већ и учесталост изложености насиљу одређује последице по жртве (кумулятивни ефекти); ово се односи и на унутрашње и на спољашње насиље. Такође, сарадници који су директно или индиректно укључени у насилне инциденте такође могу патити од штетних здравствених и бенефитних исхода. Поред тога, резултати изложености различитим облицима насиља вероватно ће утицати на рођаке и пријатеље жртве. Коначно, посматрачи/посматрачи насиља на радном месту (и спољашњег и унутрашњег насиља) такође могу патити од негативних последица.

Организационе последице су трошкови насиља повезани са вишим стопама одсуства са боловања, већим стопама флукуације (трошкови замене и губитка вештина), смањеним задовољством послом, мотивацијом и продуктивношћу виктимизованих радника и њихових колега у организацијама. Такође, повећане премије осигурања могу резултирати економским губицима за организације. На пример, у студији о агресији (83) међу наставницима, школе у којима су наставници имали јаку заједничку забринутост због агресије такође су имале лошије заједничке ставове о послу и лошије резултате ученика. Слично, мета-анализа од 36 узорака је показала да је клима лошег поступања (укључујући насиље, малтретирање и непристојност) предвиђа изложеност малтретирању, мотивацију за смањење малтретирања, емоционалне напоре, физичке напоре, организациону посвећеност, задовољство послом и намере за флукуацију. Штавише, могу постојати трошкови парнице у случају: случаја тужбе против починиоца, трошкова притужбе/надокнаде, оштећења имовине или оштећене опреме, трошкова обуке, трошкова рехабилитације и губитка јавне добре воље и угледа (80-84).

Друштвене последице такође су веома значајне и нимало ретке. За друштво, насиље на раду доводи до повећаног притиска на социјалне службе и социјалну помоћ. Посебно у случајевима када је насиље довело до трајног инвалидитета жртава. Аутори претходних студија су проценили да укупан економски терет стреса и насиља на послу може чинити 1%-3,5% бруто домаћег производа (БДП). Међутим, није направљена посебна процена за насиље на радном месту. Друштвени трошкови укључују накнаде и трошкове социјалне помоћи због превременог пензионисања, (дуготрајно) изостајања са посла и инвалидитета, трошкове незапослености, медицинске трошкове и губитак продуктивности. Међутим, тачни трошкови могу варирати од земље до земље, у зависности од националних здравствених система, регулаторних оквира и социјалних услуга доступних у овим земљама (85-88).

1.7. Агресор и жртва насиља на радном месту

У погледу карактеристика самог агресора и са друге стране жртве насиља, дискусија је широка и може се дискутовати са више аспеката и норми. Сигурно је да прецизно правило ко може бити агресор или жртва не постоји али постоје неке особине и једног и другог које се несумњиво понављају и намећу као правило.

Агресор може бити свака особа која на сваком месту може начинити неку врсту насиља са одређеним психолошким карактеристикама као што је страх, осећај угрожености, лоша намера, али поремећен степен одлучивања услед неке менталне болести. Такође, агресори су често особе нижег интелектуалног нивоа, духовно сиромашне и економски зависне особе које за образац понашања имају агресију. Са руге стране, жртва насиља може бити било која особа која из неког разлога бива нападнута и узнемиравана, а неки од разлога су етничка, полна, расна, верска или културолошка различитост (89, 90).

Агресори су особе које психички или физички нападају или злостављају другу особу и то угрожавајући моралност, психу и физички интегритет друге индивидуе. Обично су ове особе незадовољне собом, завидне, врло често недовољно стручне и способне. Жртва насиља је врло често особа која је несигурна, има усађен страх и плашљива, обично су у питању и младе особе које су се тек запослиле када говоримо о насиљу на радном месту. Агресор је особа која по структури личности припада нарцисима, нема изграђену толеранцију и разумевање према другим особама. Жртва насиља за разлику од агресора

обично припада једном мањој групи људи, које су склоне само-оптуживању и сталном преиспитивању, поштене и искрене особе. Неретко су склоне и само-окривљивању и усамљености због потиштености и осећају безвредности. Када је у питању насиље на радном месту, обично је агресор припадник веће групе запослених који немају снаге да се одупру агресору, која касније представља групу подршке агресору чиме се заправо унутар једне заједнице одржава лојалност послодавцу најчешће (91).

1.8. Превенција насиља на радном месту

Интервенције за превенцију и управљање насиљем на послу могу се фокусирати на појединца, интерфејс појединца и организације, посао/задатак, организацију или ниво друштва/политике. Интервенције се такође могу класификовати као примарне, секундарне или терцијерне природе, а свака има различите сврхе. У примарним интервенцијама циљ је елиминисати или смањити изложеност насиљу. Циљ секундарних интервенција је да се ефикасно управљају насилним инцидентима након што се догоде и да се минимизирају последице по жртве. Коначно, терцијерне интервенције се фокусирају на третман и рехабилитацију радника који пате од последица изложености насиљу (Табела 1) (92-94).

Табела 1. Интервенције за смањење и превенцију насиља на радном месту (92-94).

Ниво/Организација	Примарне интервенције	Секундарне интервенције	Терцијерне интервенције
<i>Друштво</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Регулативе • Закони • Корпоративни уговори • Национални уговори • Регистри насиља 	<ul style="list-style-type: none"> • Истраживања • Активност безбедносних система • Управљање конфликтом 	<ul style="list-style-type: none"> • Обезбеђивање могућности рехабилитације
<i>Организација/послодавац</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Корпоративни уговори • Правне смернице • План активности 	<ul style="list-style-type: none"> • Смернице за остваривање помоћи 	<ul style="list-style-type: none"> • Програми и уговори за професионалну негу
<i>Радно место</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Израда ризика радног места • Безбедносна опрема • Аларм системи • Обезбеђење/пратња 	<ul style="list-style-type: none"> • Тренинг • Модел управљања и ограничења насиља и агресије 	<ul style="list-style-type: none"> • Групна терапија, дебрифинг
<i>Индивидуална/професија</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Тренинг • Само-заштита • Понашање према агресивној особи 	<ul style="list-style-type: none"> • Индивидуална помоћ и подршка 	<ul style="list-style-type: none"> • Индивидуални опоравак • Саветовање • Обештећење

1.9. Актуелна регулатива у области превенције насиља на радном месту

Ситуација у Европи по питању регулисања насиља на радном месту је изузетно разнолика и променљива. Тела Европске уније (ЕУ) играју значајну улогу у подстицању нових дешавања у овој области. На европском нивоу не постоје законске одредбе које се експлицитно односе на насиље и малтретирање на послу. Међутим, обично се сматра да ово имплицитно спада у делокруг оквирне директиве ЕУ о здрављу и безбедности на раду (Директива Савета 89/391/ЕЕЦ), а конкретније се показује „секторским и међуиндустријским социјалним дијалогом који се бави различитим аспектима услова рада" (стр. 57). Неке земље су увеле посебне нове законе за борбу против насиља на радном месту (нпр. Шведска, Француска, Белгија, Холандија, Финска). У многим случајевима ово законодавство покрива и насиље трећих страна и (и само у неким случајевима) унутрашње насиље (узнемиравање, мобинг, малтретирање). У другим случајевима (нпр. Ирска, Велика Британија, Немачка) општији и већ постојећи законодавни оквири (кривични, грађански, здравствени и безбедносни) сматрају се довољним. Неке европске земље (нпр. Данска и Луксембург) су примениле незаконодавне мере: као што су кодекси праксе, прописи и колективни уговори (43, 95, 96).

У Републици Србији као земљи југоисточне Европе, још увек нема научних истраживања и уопште стратегије за праћење појаву и узрок насиља на радном месту. Република Србија као земља у транзицији и убрзаном развоју, тренутно бележи и пораст насиља на радним местима и до 65%, а што су подаци невладиних организација и синдикалних организација. Радно способна популација становништва се сматра најугроженијим слојем становништва и запослени у државним институцијама (97),

У Републици Србији постоје одређени правни оквири који представљају алат за заштиту радника на радном месту, а то су све регулативе и закони који се односе на рад и радно право као и безбедност на раду (Закон о раду, о безбедности, о облигационим односима, о заштити узбуњивача итд.). Без обзира на постојање ових закона, у Републици Србији је неопходно постојање јасних правила у области етике рада и понашања као и спровођење истих у државним и приватним установама, а која би се посебно односила на унапређење услова рада, правила пословне комуникације и дисциплине на радном месту уопште (97).

Комплетна стратегија и регулатива требала би се односити и на послодавце и на појединце на свим нивоима и у свим установама. Такође програми едукације и медијског информисања би требали се више базирати на едукацији опште популације о људским правима и достојанству, и то почев од предшколског узраста па до пензионера и старије популације. Посебан аспект регулативе и стратегије требао би се односити на учење и усвајање мера заштите од насиља на раду, како психолошких тако и практичних, како би се смањила стопа или потпуно елиминисало насиље на радном месту.

1.10. Преглед досадашњих истраживања на тему насиља на радном месту

Насиље на радном месту подразумева било коју врсту радње, инцидента или понашања у коме је особа злостављана, претње, понижавање или напад на радном месту, укључујући вербалне и физичке нападе. Национални институт за безбедност и хигијену на радном месту потврђује да је насиље један од главних фактора ризика по здравље за оне који су активни на радном месту, јер такве радње резултирају мноштвом психолошких и емоционалних стања која спречавају развој 'радног живота или погоршати проблеме који се јављају без обзира на посао. Многа истраживања везана за насиље на радном месту су уочила да су ризици изложености оваквој ситуацији веома високи у оним пословима који подразумевају пружање услуга људима, тако да би се медицинска сестра и медицинска професија издвајали по природи сопственог посла као фацилитатор за креирање ВВ ситуација. ВВ се одликује разноликошћу у начинима изражавања, физичким (ударање, гурање, шутирање итд), вербалним (викање, увреде, увредљиви коментари уопште итд.) или сексуално насиље (98-101).

Претходне студије које су изучавале на услове рада и радну средину претпостављале су да се насиље на радном месту заснива искључиво на ситуацијама које укључују физичко насиље, остављајући по страни стрес, прекомерни рад или психолошке захтеве самог задатка (102-109). Од тада су многи аутори свој рад усмерили на откривање узрока и последица да се то „свакодневно“ јавља. На пример, Мучи је приметио да су услови рада као што су високи захтеви за послом, контрола посла, тип лидерства, подршка вршњака, организација компаније, па чак и пол (већи међу женама него међу мушкарцима) у корелацији са насиљем на радном месту. Пратећи исту линију истраживања, али фокусирајући се на појединачне факторе, Робелски је показао да емоционални захтеви, задовољство послом и отпорност сваке особе имају директан утицај на насиље на радном месту. С' друге стране, последице насиља на раду повезане су са високим нивоом доживљеног стреса. Дакле, велика већина студија је открила да радници који су више пута трпели неку врсту агресије на послу имају висок ниво анксиозности, депресије, генерализованог страха, несанице или емоционалних проблема који доводе до озбиљнијих поремећаја као што су посттравматски стресни поремећај или синдром прегоревања (102-109).

Мета анализа открила је да је насиље над лекарима широко распрострањено и да се повећало нарочито од почетка пандемије COVID-19 (110). Студија је добила одговоре од преко 120 организација и открила је да 58% испитаника перципира пораст насиља, при чему су сви испитаници пријавили вербалну агресију, 82% је помињало претње и физичку агресију, а 27% је пријавило да је особље претње оружјем. Студија наглашава потребу за конкретним мерама за окончање некажњивости за оне који су насилни и предлаже практична решења, као што су побољшање односа између здравственог особља и пацијената и спровођење успешних стратегија из земаља као што су Бугарска, Колумбија, Италија, Португал и Тајван. Студија наглашава потребу да се боље разуме како насиље утиче на радну снагу у здравству и квалитет услуга и да се предузме мере да се то заустави (110).

Догађаји у којима су здравствени радници (ЗР) нападнути, угрожени или злостављани током радних ситуација и који представљају директну или индиректну претњу њиховој безбедности и добробити називају се насиљем на радном месту. Насиље у здравственом сектору се повећало током последње деценије и представља примарни глобални проблем. Недавни статистички подаци су показали да су здравствени радници имали пет пута већу вероватноћу да ће доживети насиље него радници у другим

секторима и да су укључени у 73% свих нефаталних насилних инцидената на раду. Искуство насиља на радним месту је повезано са смањеним квалитетом живота и негативним психолошким импликацијама, као што су ниско самопоштовање, повећана анксиозност и стрес. Такво насиље се често повезује са лошим радним учинком узрокованим нижим задовољством послом, већим изостајањем са посла и смањеним задржавањем радника, што може пореметити квалитет неге пацијената и продуктивност других здравствених услуга. Доносиоци одлука и академици широм света сада препознају озбиљност насиља у здравственом сектору, који је опсежно испитан у терцијарним установама, посебно у хитним и психијатријским одељењима. Без обзира на то, разумевање насиља у поставкама примарне здравствене заштите (ПЗЗ) је минимално (111-114).

Последњих година истраживања су базирана на откривању психолошких фактора који доводе до насиља на радном месту. Важно питање које се поставља јесте шта може бити психосоцијална етиологија насиља на раду? Психосоцијалне теорије и психосоцијални фактори ризика од насиља и агресије су разноврсни, али је потребно много нових истраживања да би се одговорило на ово питање које може утицати на бављење овим питањем на друштвеном нивоу и нивоу заједнице (111-114).

У погледу насиља над здравственим радницима, ситуација је врло слична. Светска здравствена организација је известила да насиље у здравственим установама представља око четвртину укупног насиља на радним местима и да је насиље над здравственим радницима глобални проблем. СЗО је спровела студију случаја у седам земаља о насиљу на раду у здравственом сектору и известила да је више од 50% радника који су одговорили искусило најмање један инцидент физичког или нефизичког насиља у претходној години: 37% у Португалу, 46% у Бразилу 54% на Тајланду, 61% у Јужној Африци, 67% у Аустралији и 75% у Бугарској. Недавни систематски преглед је документовао да је 12-месечна преваленција било ког облика насиља на раду била 61% глобално међу здравственим радницима [4]. Око 42% је доживјело нефизичко насиље, на пример, вербално злостављање (57%), претње (32%), сексуални напади (12%), док је 24% пријавило физичко насиље. Овај преглед је такође показао да је 64% азијских здравствених радника искусило насиље и то: нефизичко 45% и физичко 24% (111-114).

Добро је познато да се насиље дешава на свим радним местима; међутим, здравствени радници су склонији да доживе насиље од скоро било које друге професије у развијеним земљама и земљама у развоју. Преваленција насиља на радном месту међу здравственим радницима је висока у азијским земљама: 51% у Пакистану, 62% у Кини и 63% у Индији. Ове студије су такође процениле да је вербално или нефизичко насиље преовлађујуће од физичког насиља међу здравственим радницима. У Бангладешу, насиље над здравственим радницима није ново питање. Анализа медијских извештаја сугерише да је 96% пријављених случајева насиља било физичко, 91% се догодило у јавним здравственим установама, а 52% у одељењима хитне помоћи. Нажалост, здравствене службе у Бангладешу доживљавају озбиљан недостатак квалификованих здравствених радника (115, 116).

Претходне студије су показале да су медицинске сестре рањивије од лекара и других здравствених радника на насиље, док су опет неке студије показале да су лекари најподложнији. Претходне студије су показале и да су бројни фактори повезани са насиљем на радном месту у здравственим установама, укључујући занимање, пол, године, брачни статус, ниво здравствене заштите, здравствени сектор, распоред рада и одељење. Већина истраживача је известила да лекари који су мушкарци и здравствени

радници млађег узраста имају већи ризик да доживе насиље на радном месту. Поред тога, здравствени радници који су радили у хитној помоћи, јавној болници, терцијарним здравственим установама и ноћном раду позитивно повезан са насиљем на радном месту (117-128).

У Републици Србији (97) постоји 46 стационарних психијатријских установа, од којих су 6 специјалне психијатријске болнице, у оквиру којих има 41 кревет на 100.000 становника са додатком 18 кревета на 100.000 становника у оквиру психијатријских одељења општих болница. Целокупни сектор менталног здравља броји 6.247 кревета, од којих се 50% налази у оквиру великих психијатријских болница. На 100,000 становника има 12,6 психијатара, 2,3 психолога, 1,6 социјалних радника и 21,6 сестара/техничара . У нашим здравственим установама не постоје подаци о преваленцији насиља, факторима који су повезани са изложеношћу насиљу међу здравственим радницима, о карактеристикама доживљеног насиља и последицама које остављају такви инциденти на здравствене раднике.

ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА

2. ЦИЉ ИСТРАЖИВАЊА

Општи циљ ове студије јесте утврђивање преваленције насиља, карактеристика насиља и испитивање фактора и последица који могу бити повезани са изложеношћу насиљу популацији лекара, медицинских сестара и техничара у психијатријским установама у Републици Србији.

2.1. Специфични циљеви истраживања:

- i. Испитивање карактеристика агресора и особе која је била предмет агресије;
- ii. Испитивање учесталости и врста насиља, дужина трајања насиља;
- iii. Анализа и процена потенцијалних узрока насиља, место и врста установе у односу на врсту насиља, одсуствовању са посла у претходних 12 месеци;
- iv. Идентификација и испитивање карактеристика и мотива нападача;
- v. Корелациона анализа врсте агресије, места агресије са последицама агресије;
- vi. Испитивање повезаности свих тестираних варијабли са последицама агресије, одсуствовања са посла и обраћања за помоћ;
- vii. Испитивање међусобне повезаност тестираних варијабли са последицама агресије, као и прорачун потенцијалних предиктора за настанак било којег типа агресије у овој студијској популацији.

2.2. Хипотезе истраживања:

- i. У здравственим установама у Републици Србији и даље је непозната тачна учесталост било којег врста насиља и ова студија би требала да допрнесе тачним информација и сагледавања проблема.
- ii. Претпоставља се да је најчешћи узрок за појаву вербалног али и физичког насиља прописана терапија и пружање медицинске услуге.
- iii. Претпоставка је да већи број испитаника доживео неку врсту агресију али да због тога није одсуствовао са посла иако је имао неку последицу.
- iv. Претпоставка је да је мањи број испитаника који је доживео неку врсту насиља се обратио за помоћ и потражио правну подршку од институција.
- v. Претпоставка је да већи део карактеристика агресора и жртве агресије су у снажној корелацији са појавом свих врста агресије.

МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3. МЕТОДОЛОГИЈА ИСТРАЖИВАЊА

3.1. Етички аспекти истраживања

Истраживање је спроведено по релевантним директивама из области етике клиничког истраживања: Добра клиничка пракса, Хелсиншка декларација и сагласност Етичких комисија Специјализоване болнице Др Славољуб Бакаловић, Вршац, Србија (број 01/901/2).), Специјализована психијатријска болница, Ковин, Србија (број 04/561/9) и Специјализована психијатријска болница Горња Топоница, Ниш, Србија (број 08/3838/1). Добровољни писмени и информисани пристанак добијен је од сваког учесника пре укључивања у студију.

3.2. Дизајн студије

Ова студија је осмишљена као опсервациона анкетна студија која је обухватила 191 здравственог радника (лекара, медицинског техничара, радника у кухињи или одржавању и др.) из три психијатријске установе: Специјализована болница Др Славољуб Бакаловић, Вршац, Србија, Специјализована психијатријска болница, Ковин, Србија и Специјализована психијатријска болница Горња Топоница, Ниш, Србија.

Главни критеријуми укључивања били су стаж више од шест месеци у истој институцији, старост преко осамнаест година живота и добровољни пристанак за партиципање у студији. Студија испитује физичко насиље, вербално насиље, као и облике вербалног насиља са тенденцијом преласка у физичко насиље. Након што су испунили све критеријуме за укључивање, од учесника су прикупљани анамнестички подаци помоћу инструмента Упитника о агресиви (СербАК5) у периоду од три месеца, од марта до маја 2023. године.

Протокол истраживања представљен је у виду Сликe 4.

3.3. Упитник о агресиви

Упитник о агресиви (Прилог 1) је стандардизовани упитник за чију употребу је добијена писмена потврда од аутора (Сантјаго Гаксон, датум 16. мај 2023). Упитник је конципиран по принципу самопроцене испитаника који анализира различите облике агресивности. Учесници су замољени да наведу искуства са агресивним понашањем на радном месту у претходних 12 месеци. Питања и одговори у упитнику засновани су на принципу Ликертове скале: 0: никад; 1: никад, али сам сведок шта се дешава са другима; 2: једном; 3: два или више пута; 4: више од пет пута. У случају позитивних одговора у погледу постојања агресивности, испитаници су замољени да опишу карактеристике насиља и агресора, без обзира на то колико је испитаница имала претходно стручно знање о појму агресивности (129).

Први део (анамнестички подаци) упитника представља основне социодемографске податке, као и податке о стажу у здравству, дужини рада на тренутној позицији, радном статусу, одсуству са посла у претходних 12 месеци.

Други део (Подаци о агресији) упитника састоји се од три подела која се односе на агресију на радном месту. Први део је усмерен на разумевање догађаја у којима се насиље догодило. Питања су усмерена на откривање изложености одређеним врстама насилних напада, претњи и увреда, а овај део је организован тако да испитаници на Ликертовој скали одговарају да ли су икада доживели насиље током своје радне каријере. Испитаници су такође упитани да ли су посебно обучени како би се заштитили од ситуација у којима може доћи до насиља, као и да ли имају подршку здравствених установа у случајевима насиља усмереног према њима. Други део јединице о агресији је попуњен ако је испитаник доживео било какву врсту насиља. У овом делу питања су усмерена на последице које су уследиле након инцидента, његово трајање и апел за помоћ.

Трећи део попунили су испитаници који су доживели физичко насиље, са фокусом на идентификацију, карактеристике и мотив нападача, на врсту физичке агресије, део тела који је нападнут, резултат агресије, да ли је пружена медицинска помоћ, да ли су због напада изостајали са посла, као и на крају да ли је било жалбе правном лицу за напад. Упитник је анониман и ни на који начин не открива потенцијални идентитет жртве или агресора и користи се искључиво у научно-истраживачке сврхе (129).

3.4. Упитник о стресу на раду

Упитник о стресу на радном месту (130) је стандардизовани упитник од 45 питања на која се одговара по принципу само-процене и Ликертове скале од пет одговора, А-никада, Б-ретко, Ц-повремено, Д-редовно, Е-често. Питања из упитника се односе на лични доживљај и осећај испитаника о свом послу, радном месту, мотивацији и резултатима на послу. Такође упитник и анализира понашање испитаника на послу, како комуницира са колегама и другим запосленима, како са надређенима, како се понаша у одређеним ситуацијама на радном месту, да ли и колико сарађује са осталима, да ли поштује правила на послу и који систем вредности понашања подржава (130).

Слика 4. Методологија истраживања насиља на радном месту



3.5. Методологија валидације инструмента

Упитник о агесији након добијања дозволе аутора, је преведен са енглеског на српски у складу са водичем СЗО за превођење и прилагођавање инструмента како би били сигурни у језичку и културну еквивалентност између енглеске и српске верзије. Процес превођења обављен је превођењем унапред и уназад, прегледом когнитивних интервјуа и додатним когнитивним интервјуима. Последњи корак је била лектура и финализација српске верзије упитника [14].

За валидацију српске верзије упитника, учесници су насумично регрутовани из узорка студије током клиничке студије. Сви учесници су испунили критеријуме за укључивање дефинисане раније у овом докторату. Тест-ретест поузданост између првог и другог одговора на упитник израчуната је за све ставке на основу коефицијента корелације унутар класе (ICC). ICC испод 0,50 одражава лошу поузданост, између 0,50 и 0,75 одражава умерену поузданост, а изнад 0,75 добру поузданост.

Након тога смо проценили интерну конзистентност инструмента где смо мерили поузданост ставки и одвојених домена. Израчунат је Кронбах алфа коефицијент са опсегом од 0 до 1. Кронбахове α вредности кретале су се између одличних ($\geq 0,9$), добрих (0,8-0,9), прихватљивих (0,7 – 0,8), упитних (0,6 – 0,7), лоших (0,5 – 0,6) и неприхватљивих ($\leq 0,5$).

3.6. Тест-ретест поузданости и валидације инструмента

Унутрашња конзистентност сваке ставке као и Кронбах алфа за овај инструмент је веома добра (средња вредност Кронбах алфа=0,91). Такође, ПС за сваку је висок и изнад 0,75, што указује да све ставке испуњавају критеријуме и стандарде за интерну доследност и адекватан алат.

3.7. Анализа примарних и секундарних исхода

У овој анализи, студија процењује примарне и секундарне исходе потенцијалног насиља у психијатријским установама над здравственим радницима. Примарни исходи су учесталост и врста насиља, трајање насиља, потенцијални узрок насиља, место и врста установе у односу на врсту насиља, одсуство са посла у претходних 12 месеци, као и сва друга општа друштвено-епидемиолошке карактеристике агресора и особе која доживљава неку врсту агресије.

У другом делу анализе студија ће се бавити испитивањем или идентификацијом карактеристика и мотива нападача. Поред тога, посебан аспект је врста физичке агресије, део тела који је нападнут, резултат агресије и да ли је пружена медицинска помоћ. Међу најважнијим споредним исходима су последице агресије и анализа последица које су уследиле након инцидента, његовог трајања и апел за помоћ.

3.8. Статистичка анализа и прорачун величине узорка

Величина студијског узорка је заснована на резултатима претходне студије (42, 43).

За прорачун се користи Хи квадрат тест, двоструко, уз претпоставку алфа грешке од 0,05 и снаге студије од 0,8 (бета грешка од 0,2) и коришћењем одговарајућег рачунарског програма за израчунавање снаге студије по типу студије попречног пресека и прорачун предвиђања.

Сви подаци су представљени као апсолутни бројеви или као учесталост у процентима (%). Процена нормалности дистрибуције података заснива се на Шапиро-Вилкосоновом тесту, а у погледу аналитичких статистичких метода користио се Хи квадрат тест.

Одабрани ниво статистичке значајности, односно вероватноћа грешке типа I је 0,05. Вредност $p < 0,05$ сматра се статистички значајном, а вредност $p < 0,01$ високо значајном. Валидација и поузданост коришћене верзије упитника се израчунава коришћењем стандардног процеса валидације и потврдне факторске анализе. Све анализе се раде у лиценцираном статистичком програму SPSS верзија 26 (IBM SPSS за Macintosh). Резултати су приказани графички и табеларно уз употребу програма SPSS и Microsoft Office Excell-a.

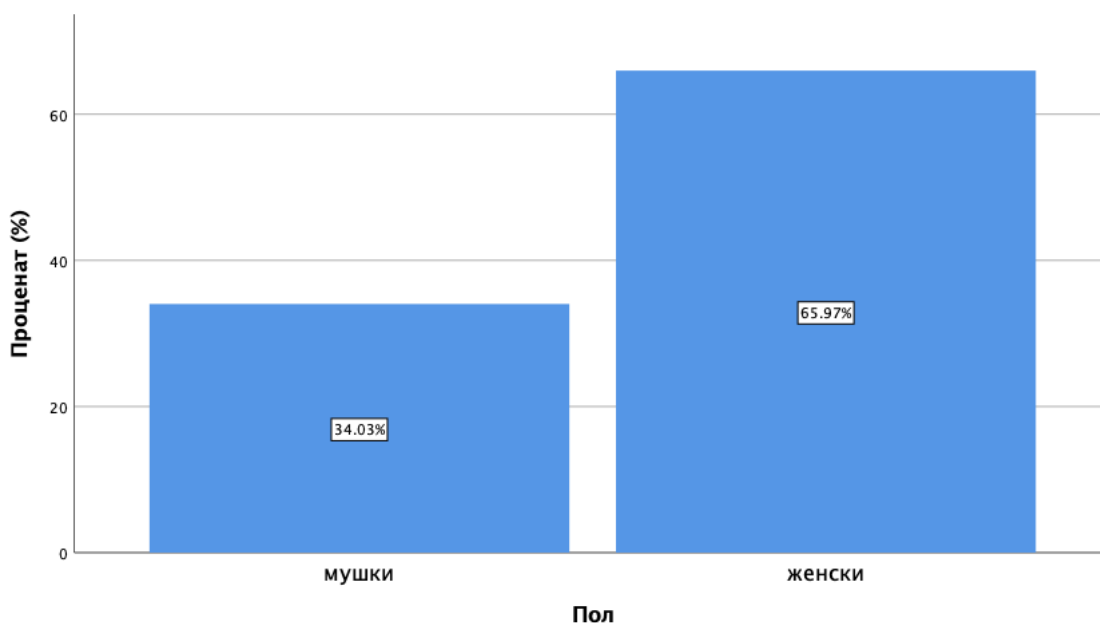
РЕЗУЛТАТИ

4. РЕЗУЛТАТИ ИСТРАЖИВАЊА

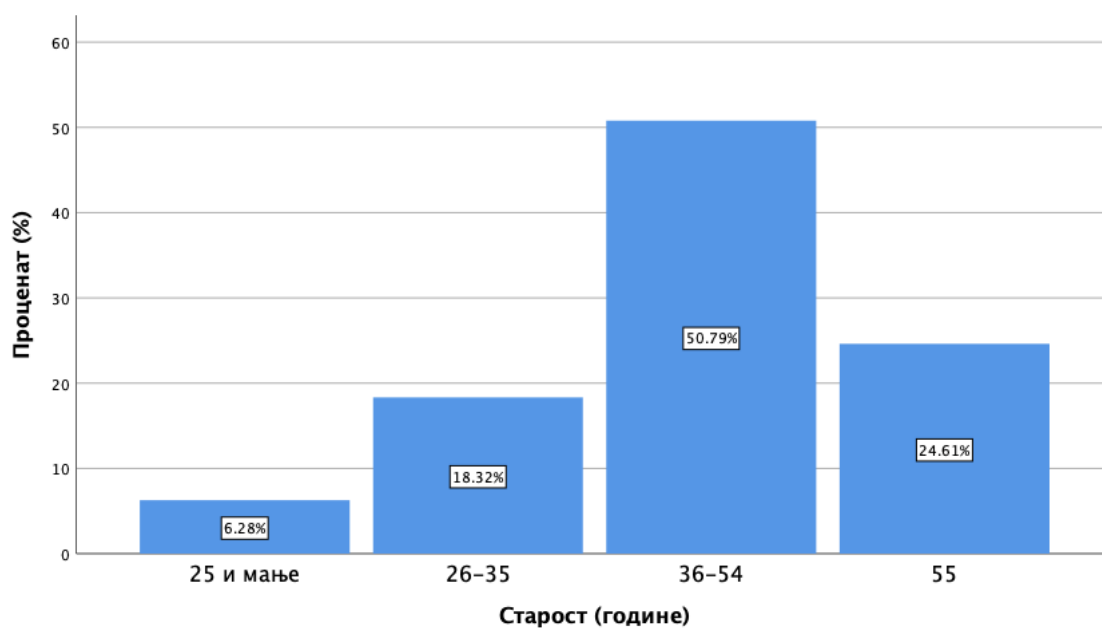
4.1. Основне демографске карактеристике студијске популације

Међу студијском популацијом која је обухватила 191 учесника, доминирале су жене (66,0%) старосне категорије 36 – 54 године и удате. Већина њих (46,1%) има двоје деце и ради више од 10 година у здравственом систему. Већина њих је радила на сталном радном месту као медицински техничар, са веома ретким одсуством са посла (Графикон 1-11).

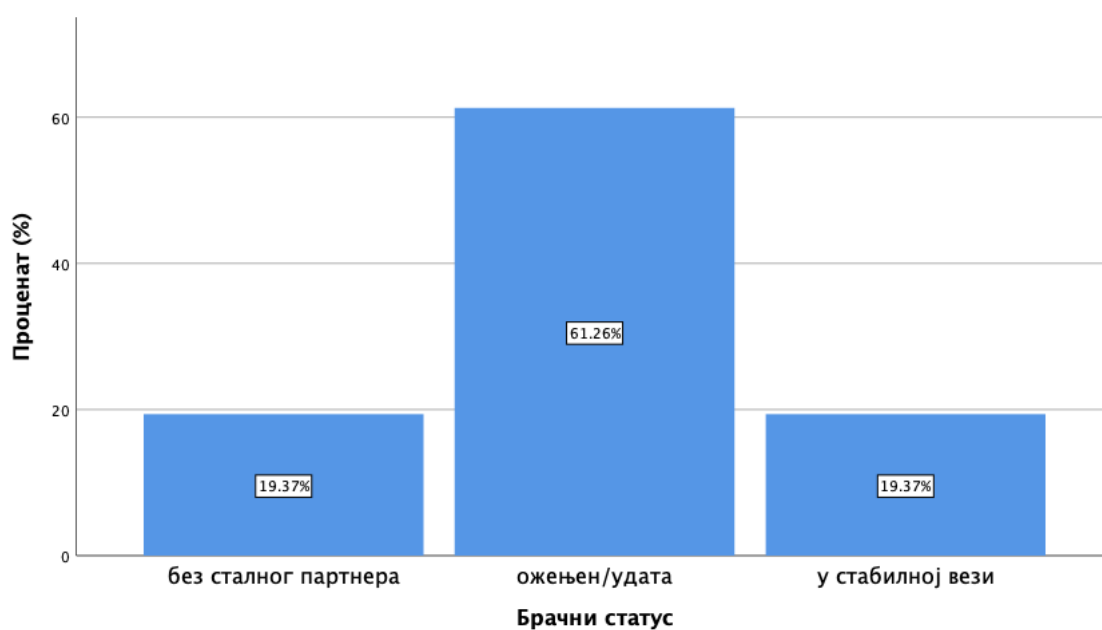
Графикон 1. Дистрибуција испитаника у односу на пол у процентима (%)



Графикон 2. Дистрибуција испитаника у односу на старосну категорију у процентима (%)

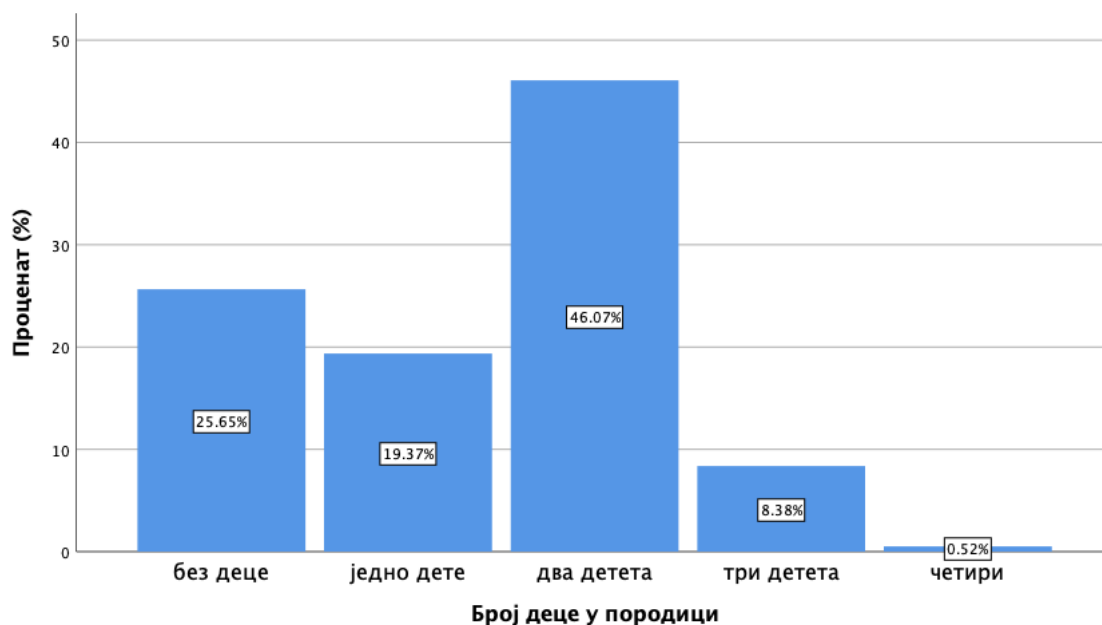


Графикон 3. Дистрибуција испитаника у односу на брачни статус у процентима (%)



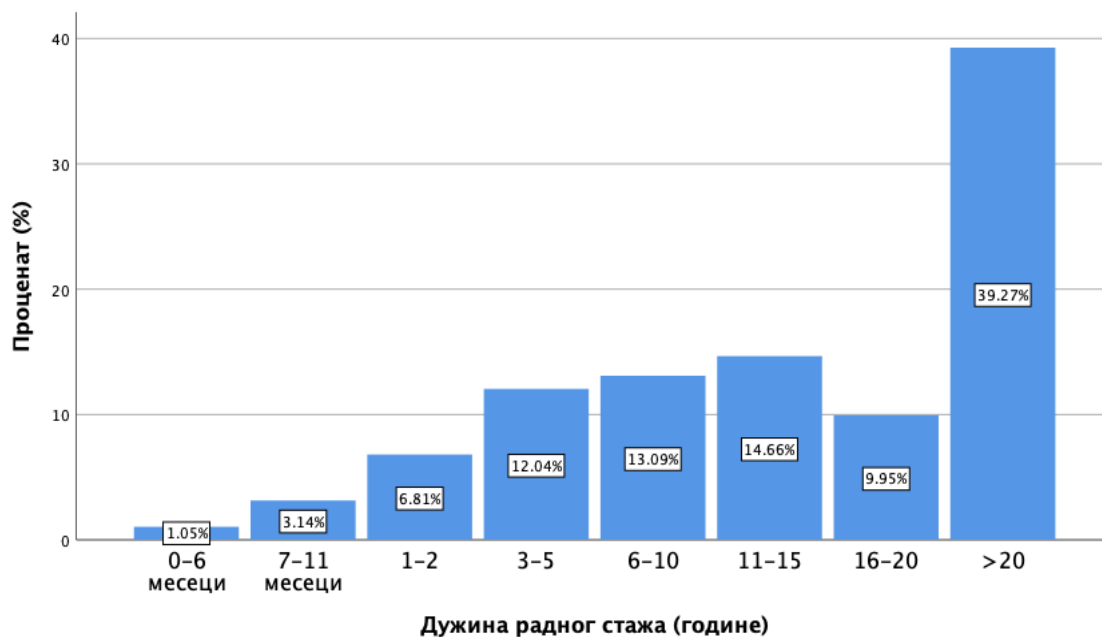
У укупном узорку студијске популације, највећи број испитаника њих 46,07% је имало два детета у породици а након тога 25,65% испитаника није имало потомство (Графикон 4).

Графикон 4. Дистрибуција испитаника у односу на број деце у породици у процентима (%)

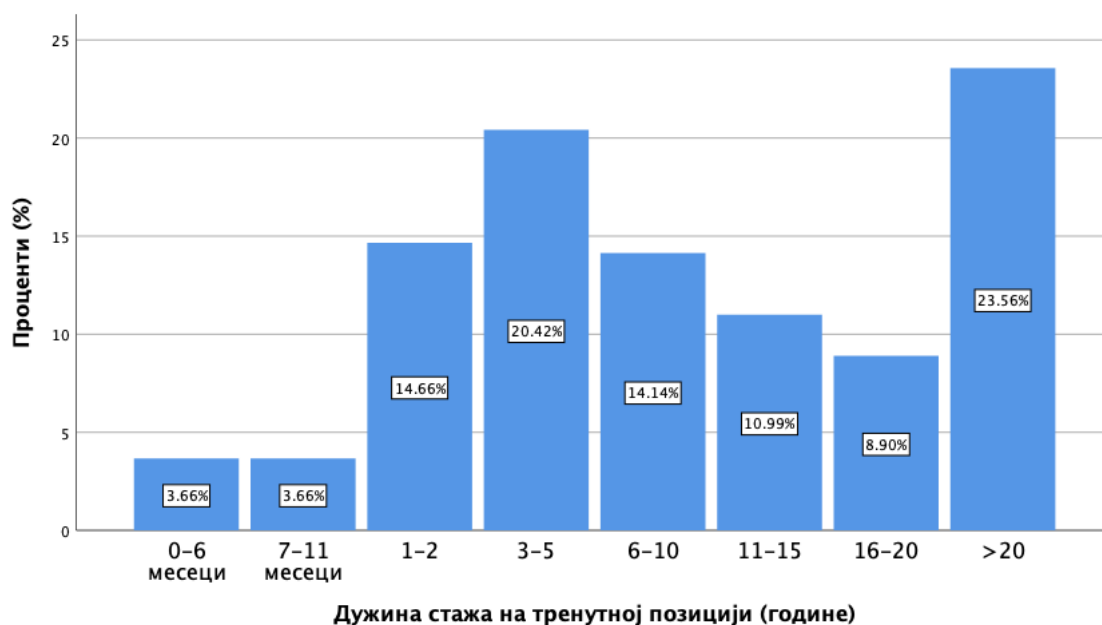


Посматрајући године радног стажа, највећи број испитаника је имао преко 20 година радног стажа (39,27%), а приближно сличан број испитаника око 12% је имао 3-5, 6-10 или 11-15 година радног стажа (Графикон 5). Слична дистрибуција је и када је у питању радни стаж на тренутној позицији (Графикон 6).

Графикон 5. Дистрибуција испитаника у односу на дужину радног стажа у процентима (%)



Графикон 6. Дистрибуција испитаника у односу на дужину радног стажа на тренутној позицији у процентима (%)

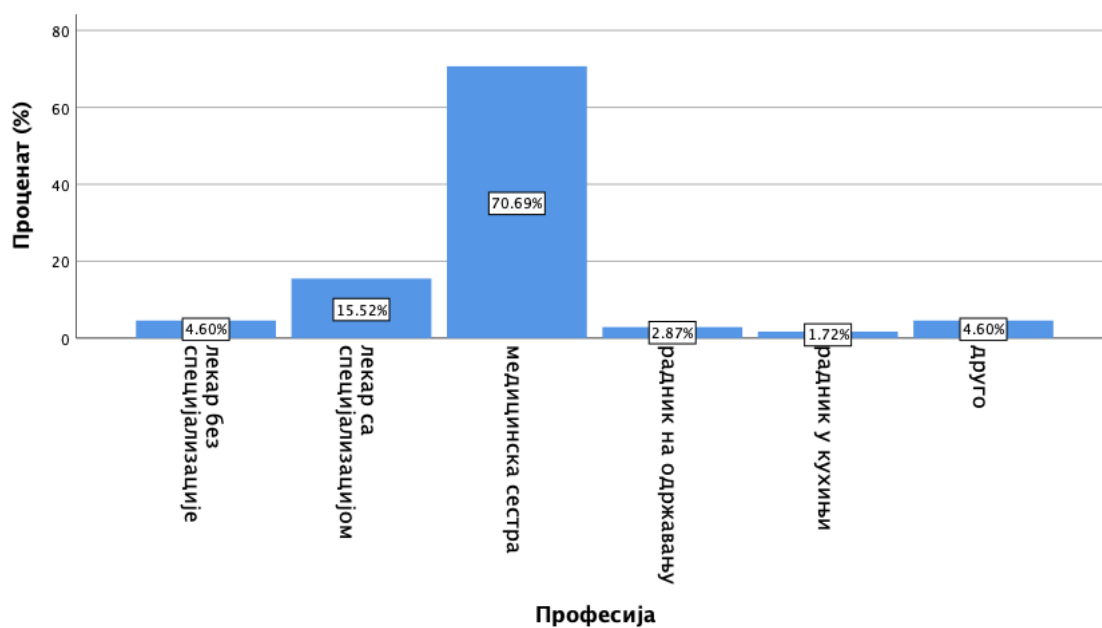


У студијској популацији, 90,58% испитаника је имало уговор на неодређено време или стално запослење, и 70,6% узорка чиниле су медицинске сестре/техничари (Графикон 7 и 8).

Графикон 7. Дистрибуција испитаника у односу на радни статус у процентима (%)



Графикон 8. Дистрибуција испитаника у односу на професију у процентима (%)

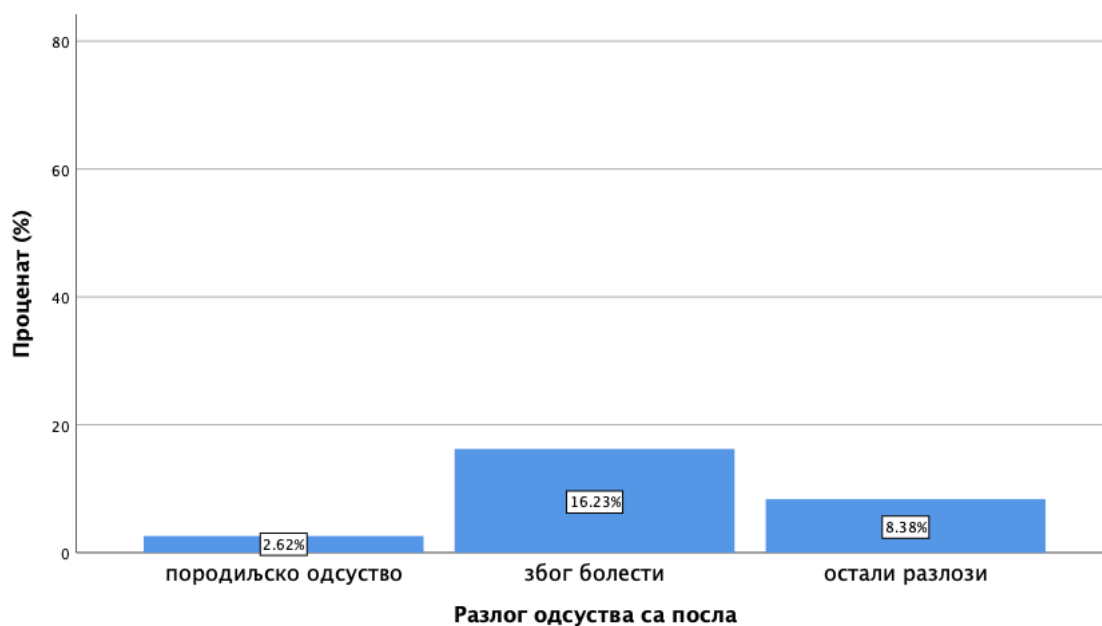


На Графиконима 9-11 су приказане учесталости испитаника у односу на учесталост, разлог и дужину одсуствовања са посла. 26,7% испитаника је одсуствовало са посла у претходних 12 месеци, и то због болести у највећем проценту и у трајању најчешће до 15 дана (Графикон 9-11).

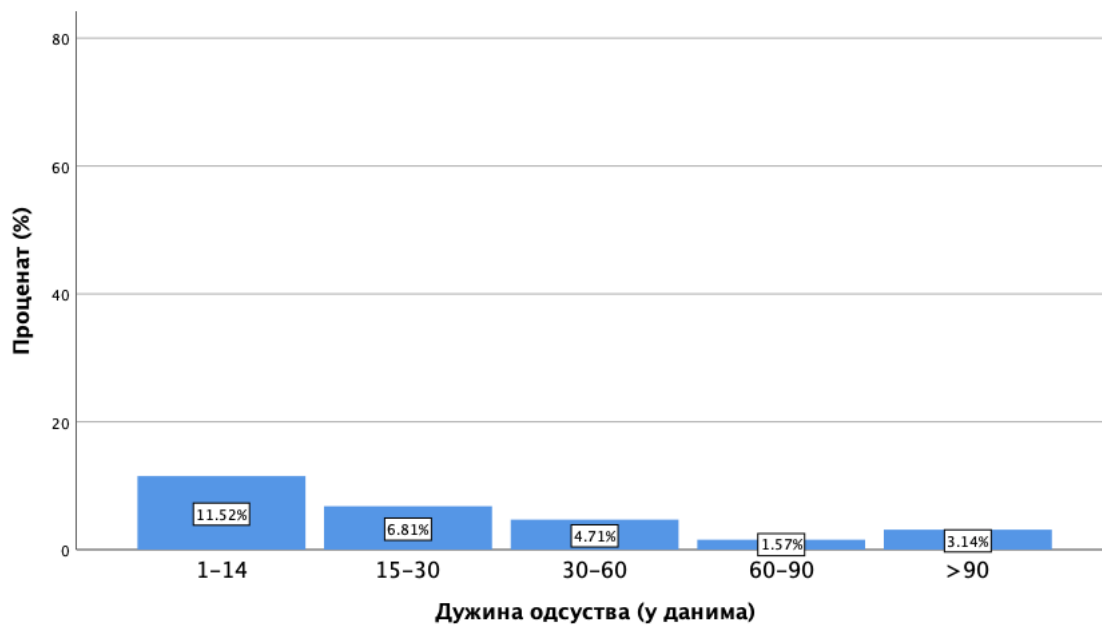
Графикон 9. Дистрибуција испитаника у односу на одсуствовање са посла у процентима (%)



Графикон 10. Дистрибуција испитаника у односу на разлог одсуствовања са посла у процентима (%)



Графикон 11. Дистрибуција испитаника у односу дужину одсуствовања са посла у процентима (%)



У Табели 1 приказане се основне демографске карактеристике студијске популације у односу на претходно искуство насиља. Посматрајући демографске и основне анамнестичке податке популације у односу на претходно искуство насиља, можемо приметити и да у групи са насиљем и без, преобладајуће су затупљене особе женског пола, старости од 26 до 35 година које су у брачној заједници и са најчешће двоје деце (Табела 1). У обе групе, најзаступљенија је популација запослених на неодређено време која има више од 20 година радног искуства и искуства на тренутној позицији. Посматрајући учесталост, разлог и дужину одсуствовања са посла, није било статистички значајне разлике у групи која је имала претходно искуство насиља и групи која није имала (Табела 1).

Табела 1. Основне демографске и анамнестичке карактеристике испитаника у односу на групу

Варијабла	Група са физичким насиљем [n=87]		Група без физичког насиља [n=104]		p
Пол	Ж 48 [55.2%]	М 38 [43.7%]	Ж 77 [74.0%]	М 27 [26.0%]	0.001*
Старост (године)	<25 10 [11.5%] 26-35 37 [42.5%] 36-54 19 [21.8%] >55 21 [24.2%]		<25 20 [9.7%] 26-35 42 [40.3%] 36-54 26 [25.0%] >55 26 [25.0%]		0.003*
Брачни статус	Сам/сама 16 [18.4%] Ожењен/удата 47 [54.0%] У вези 23 [26.4%]		Сам/сама 20 [19.2%] Ожењен/удата 70 [67.3%] У вези 14 [13.5%]		0.001*
Број деце у породици	Без 23 [26.4%] једно 19 [21.8%] двоје 38 [43.7%] троје 5 [5.7%] четири 1 [1.1%]		Без 26 [25.0%] једно 17 [16.3%] двоје 50 [48.1%] троје 11 [10.6%]		0.345
Дужина радног стажа	1-2 год. 6 [6.9%] 11-15 год. 12 [13.8%] 16-20 год. 12 [13.8%] 3-5 год. 7 [9.0%] 6-10 год. 8 [9.2%] 7-11 мес. 1 [1.1%] >20 год. 40 [46.0%]		0-6 мес. 2 [1%] 1-2 год. 7 [6.7%] 11-15 год. 16 [15.4%] 16-20 год. 7 [6.7%] 3-5 год. 16 [15.4%] 6-10 год. 17 [16.3%] 7-11 мес. 5 [4.8%] >20 год. 34 [32.7%]		0.004*
Дужина радног стажа на тренутној позицији	0-6 мес. 2 [2.3%] 1-2 год. 16 [18.4%] 11-15 год. 10 [11.5%] 16-20 год. 8 [9.2%] 3-5 год. 13 [14.9%] 6-10 год. 11 [12.6%] 7-11 мес. 2 [2.3%] >20 год. 24 [27.6%]		0-6 мес. 5 [4.8%] 1-2 год. 12 [11.5%] 11-15 год. 11 [10.6%] 16-20 год. 8 [7.7%] 3-5 год. 26 [25.0%] 6-10 год. 16 [15.4%] 7-11 мес. 5 [4.8%] >20 год. 21 [20.2%]		0.231
Радни статус	неодређено 84 [96.6%] одређено 2 [2.3%]		неодређено 88 [84.6%] одређено 16 [15.4%]		0.433
Професија	лекар 4 [4.6%] лекар специјалиста 15 [17.2%] медицински техничар/сестра 62 [71.3%] радник у кухињи 3 [3.4%]		лекар 4 [3.8%] лекар специјалиста 12 [11.5%] медицински техничар/сестра 61 [58.7%] друго 8 [7.7%] радник на одржавању 5 [4.8%]		0.543
Одсуство у последњих 12 месеци [да/не]	Да 21 [24.1%]	Не 65 [74.7%]	Да 30 [28.8%]	Не 74 [71.2%]	0.134

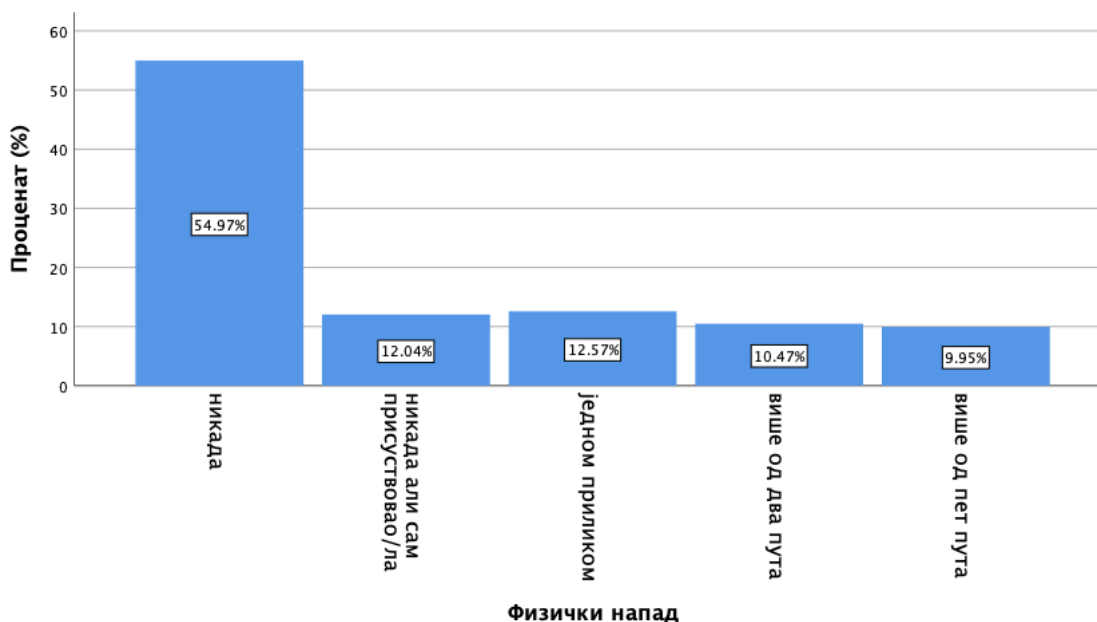
Разлог одсуства	непознат 2 [2.3%] болест 17 [19.5%] породиљско 2 [2.3%]	непознат 14 [13.5%] болест 14 [13.5%] породиљско 2 [2.6%]	0.346
Дужина одсуства [дани]	1-14 дана 10 [11.5%] 15-30 дана 6 [6.9%] 30-90 дана 5 [5.7%] >90 дана 0 [0%]	1-14 дана 12 [11.5%] 15-30 дана 7 [6.7%] 30-90 дана 4 [3.8%] >90 дана 7 [4.6%]	0.331

4.2. Преваленца насиља над здравственим радницима на радном месту

На основу присуства физичког насиља, 87 учесника је доживело напад у својој историји, док 104 учесника није имало искуства са физичком агресијом на послу. Разлике у ове две групе у погледу основних демографских података приказане су у табели 1.

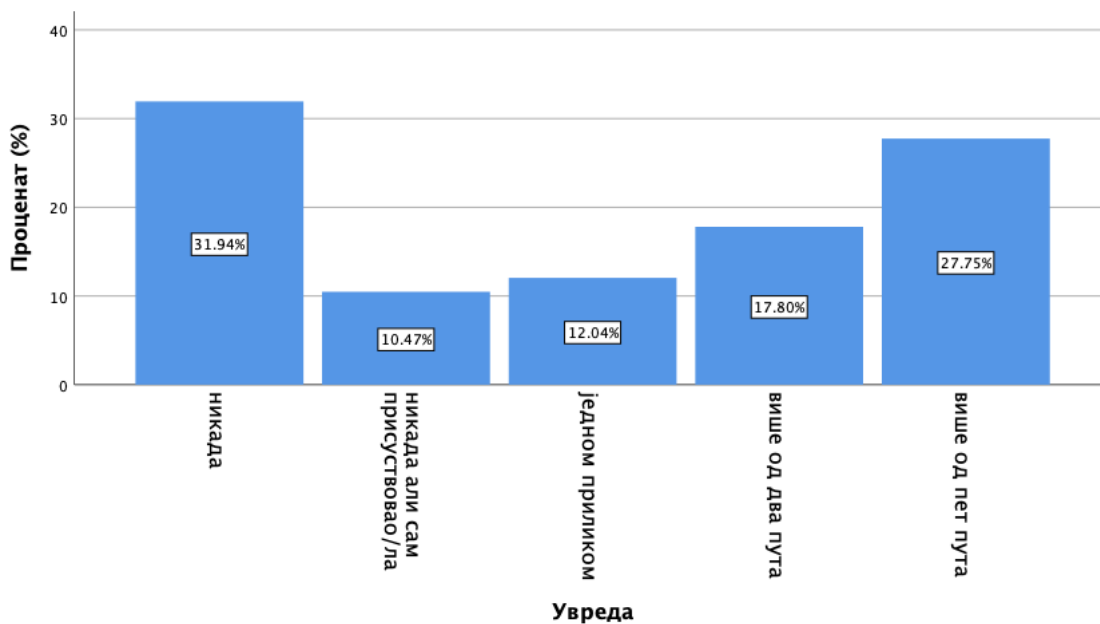
Од укупног броја учесника (n=191), њих 104 никада није доживело физичко насиље, док је више од пет пута било чак 20 здравствених радника (9,59%). Вербално насиље је било чешће, а њега су доживела 23 испитаника, а више од пет пута насиље су доживела 53 здравствена радника. Поред тога, претње су биле сличне учесталости као и приговори против здравствених радника и само 42,9% учесника никада није имало то искуство. Притужбе су биле мање учестале међу испитиваном популацијом и 150 (78,5%) није искусило ову врсту насиља. Интересантно је да је велики проценат чак 12,04% испитаника није искусило насиље али је присуствовало неком насиљу, 12,5% је искусило једном, 10,47% више од два пута а чак 9,95% испитаника више од пет пута (Графикон 12). Дефинитивно је преваленција било које врсте насиља у нашој студијској популацији здравствених радника висока и више од половине учесника је било погођено неком врстом агресије према њима.

Графикон 12. Дистрибуција испитаника у односу на постојање физичког напада у процентима (%)



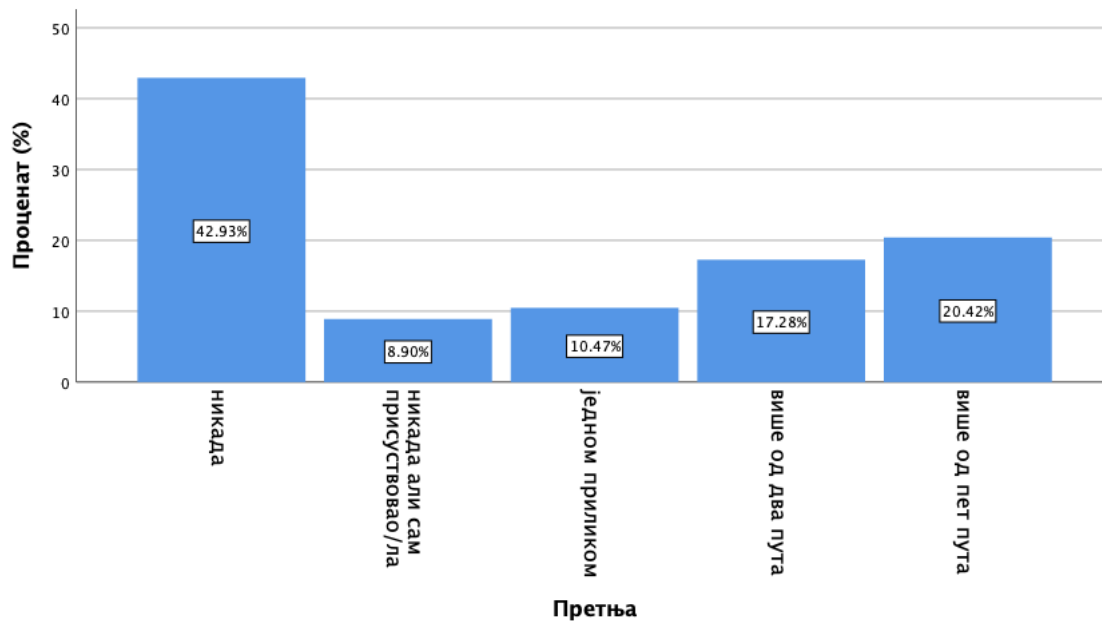
У студијској популацији, 31,94% испитаника никада није доживело увреду на радном месту, док је чак 27,75% доживело више од пет пута а 17,80% више од два пута (Графикон 13).

Графикон 13. Дистрибуција испитаника у односу на постојање увреде на радном месту у процентима (%)



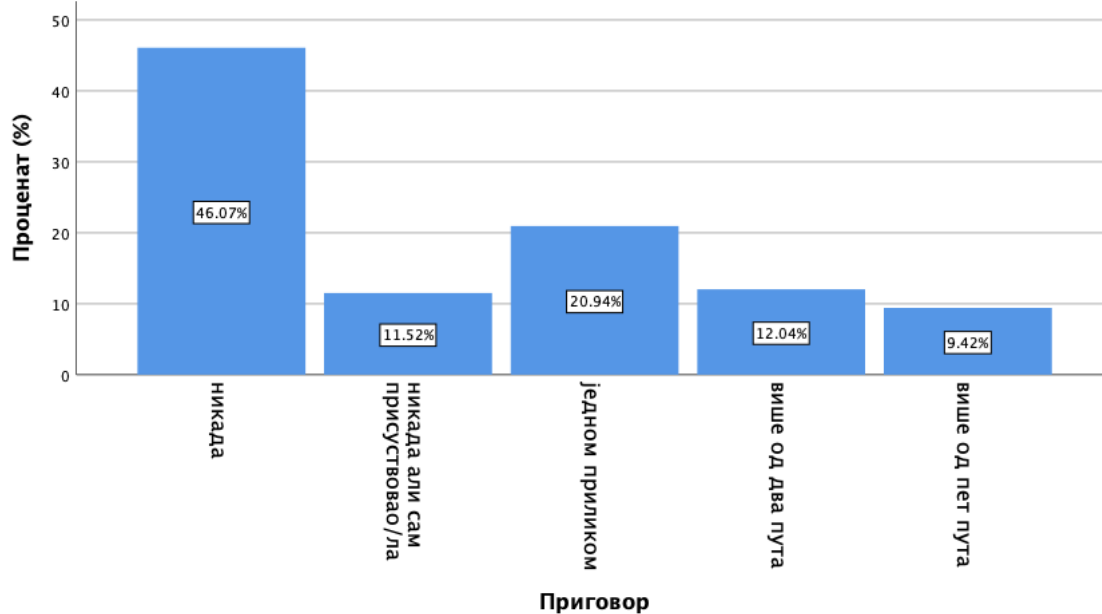
У студијској популацији, 42,93% испитаника никада није доживело претњу на радном месту, док је чак 20,42% доживело више од пет пута а 17,28% више од два пута (Графикон 14).

Графикон 14. Дистрибуција испитаника у односу на постојање претње на радном месту у процентима (%)



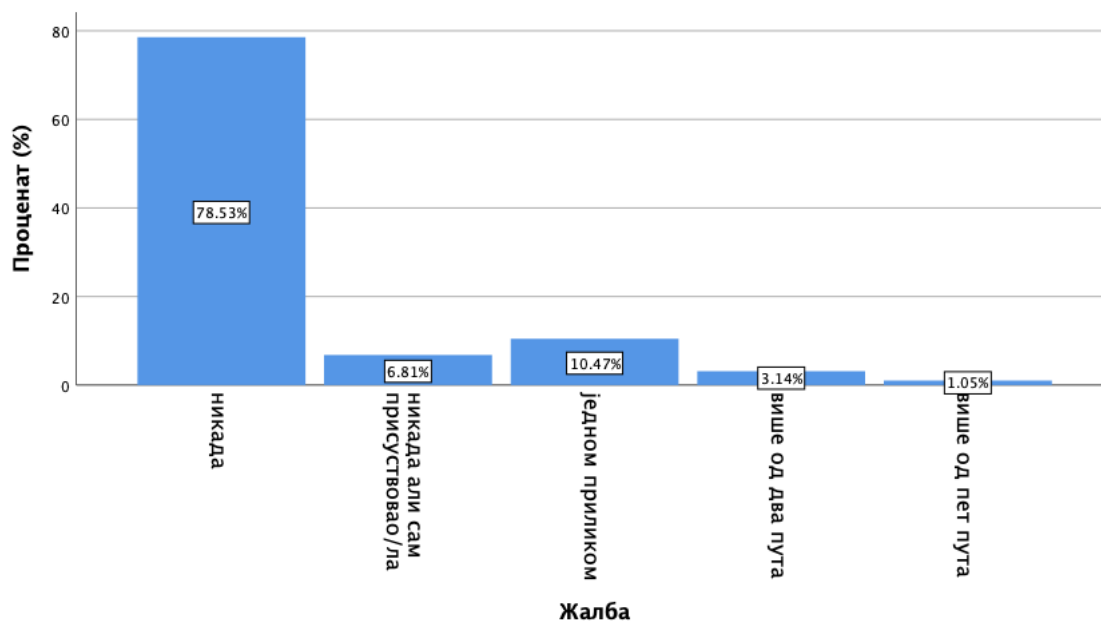
Са друге стране, приговор је искусило 20,94% једном, 12,04% више од два пута и 9,42% више од пет пута (Графикон 15).

Графикон 15. Дистрибуција испитаника у односу на постојање претње на радном месту у процентима (%)



Жалба је упућена у 10,47% једном, 3,14% више од два пута и никада код 78,53% испитаника (Графикон 16).

Графикон 16. Дистрибуција испитаника у односу на постојање жалбе на радном месту у процентима (%)

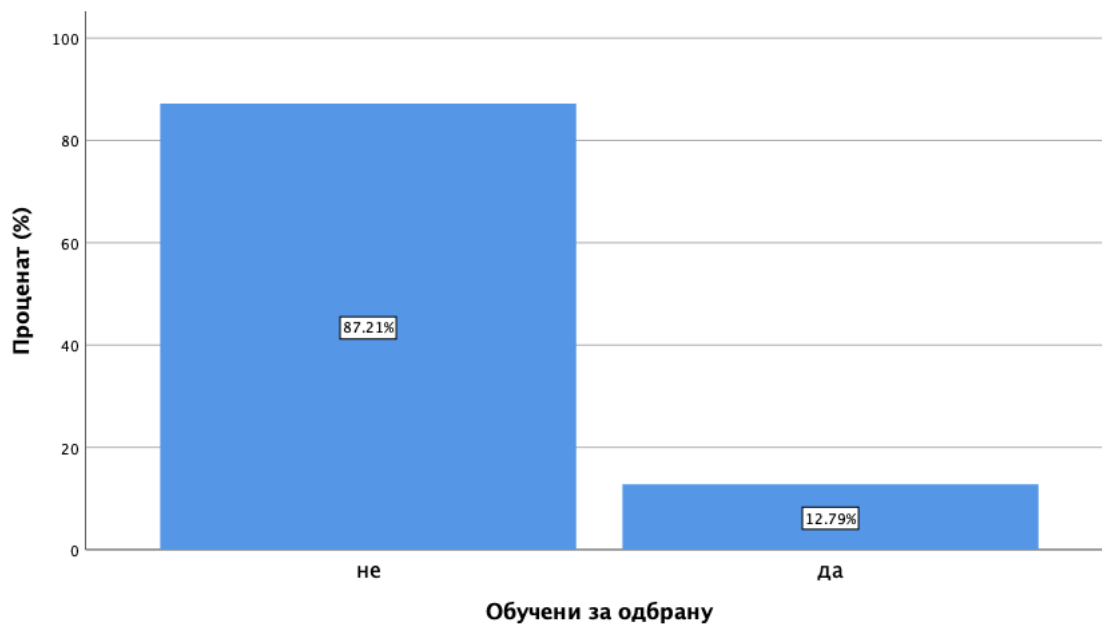


4.3. Карактеристике насиља, агресора и последице насиља над здравственим радницима

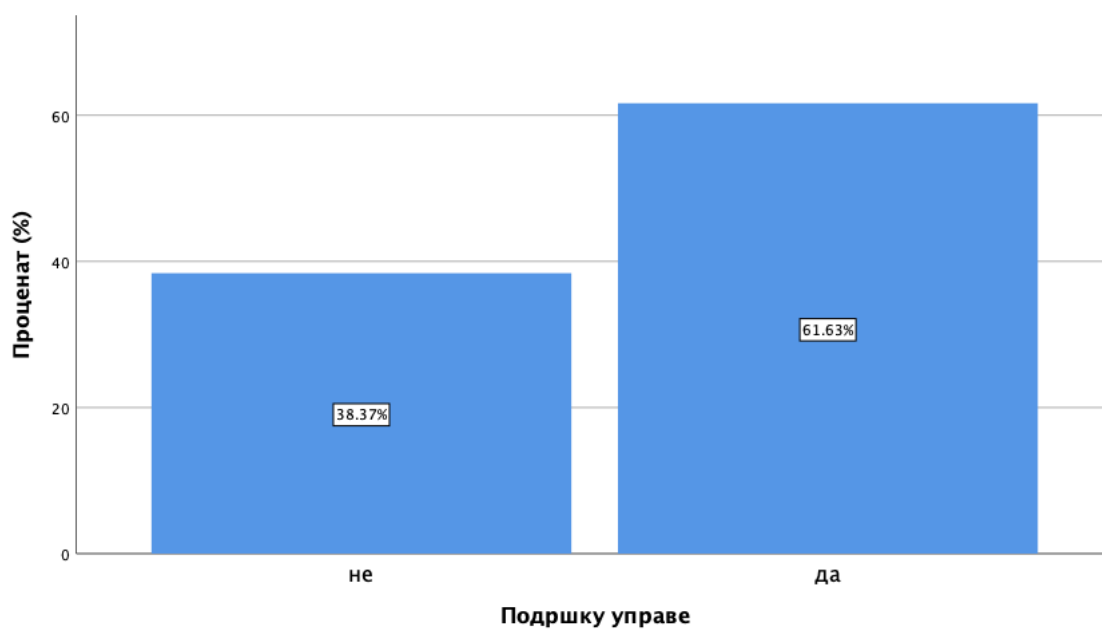
У овом делу студије процењивали смо карактеристике агресије и нападача према одговорима здравствених радника на упитник и њиховом искуству. У групи учесника који су у историји имали физички напад, већина њих је након инцидента посегнула за помоћи (98,8%). Такође, имали су симптоме који су трајали 1-7 дана, али је било и учесника који су имали симптоме дуже од 90 дана (2,3%). По врсти симптома, они су били веома различити, од анксиозности до несанице и раздражљивости и губитка памћења, који је такође трајао више дана. Агресор је у већини случајева био пацијент (87,4%) и није био упадљив (79,2%). Основни разлог за било какав инцидент против здравствених радника је непознат (71,3%), а остали разлози су се односили на систем здравствене заштите, правила, пријем и отпуст или прописану/примењену терапију. Физички напад се састојао од гребања/гурања у већини случајева (26,4%) у пределу главе и врата (26,3%). Последице напада су биле на основу ожиљака (17,2%), модрица (2,4%), као и потреба за лекарским саветима и интервенцијом (28,7%) (Графикони 17-31).

Период након насиља код испитаника карактерише се скупом ситуација које су важне у збрињавању жртве насиља (Графикон 17). Већи део популације нема никакво знање нити обуку у циљу заштите од насиља на радном месту (87,12%), али већи број испитаника који су имали у прошлости насиље имали су подршку управе организације у којој раде (Графикон 18).

Графикон 17. Дистрибуција испитаника у односу на постојање обуке за одбрану на радном месту у процентима (%)

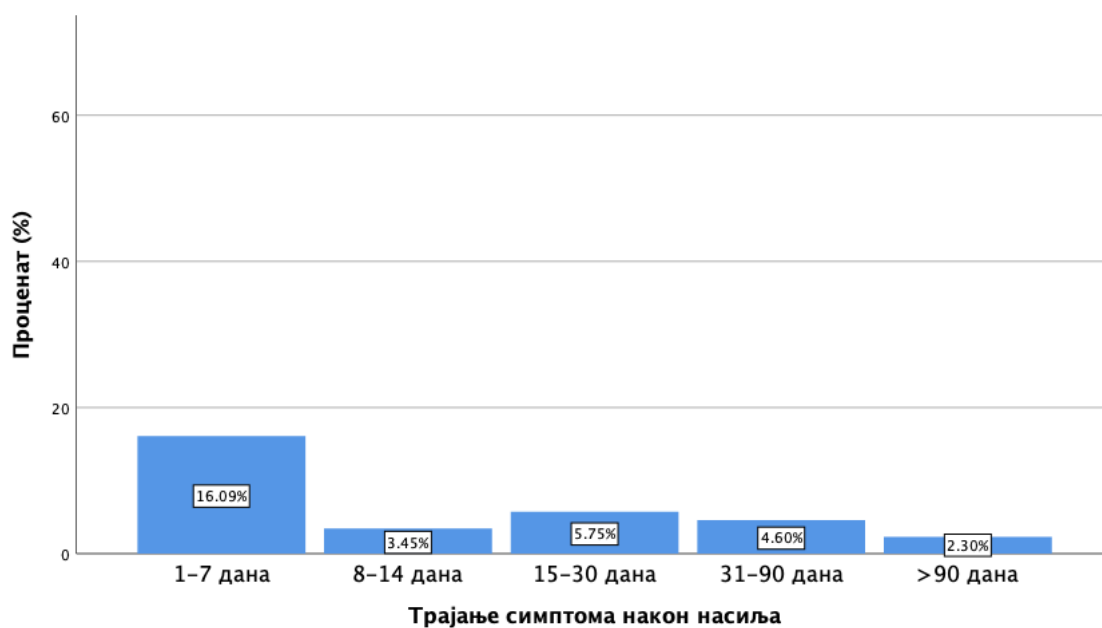


Графикон 18. Дистрибуција испитаника у односу на постојање подршке управе на радном месту у процентима (%)



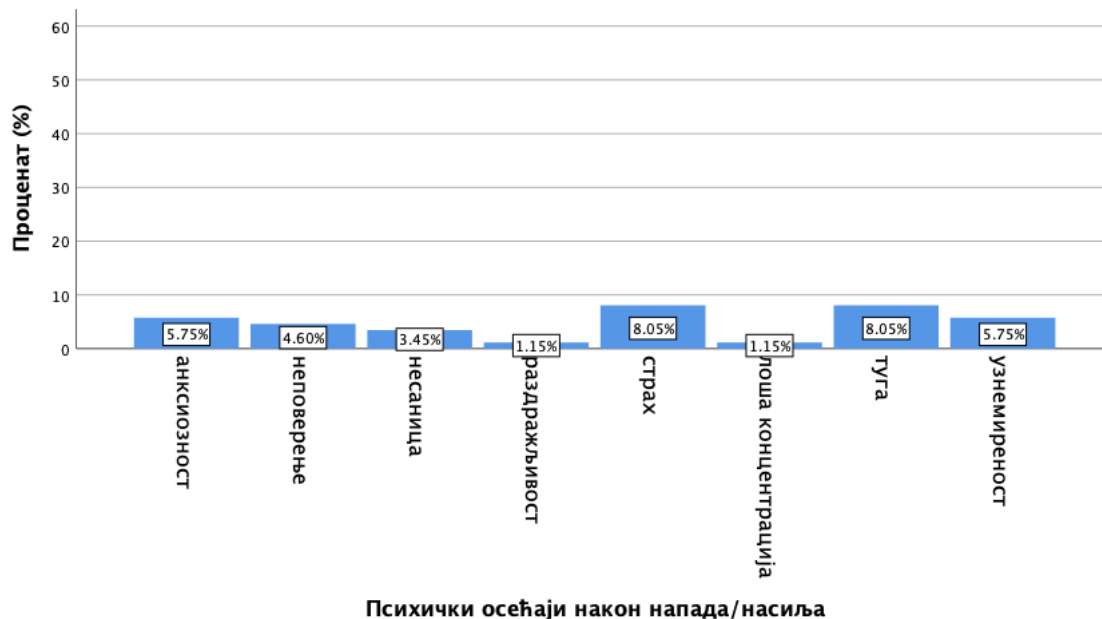
Испитаници који су имали насиље, навели су да је већина симптома трајала 1-7 дана (16,09%), а трајање од 15-30 дана је прилавило 5,75% и 31-90% чак 4,60% испитаника, што би значило да неке последице насиља имају и субхроничан ток (Графикон 19).

Графикон 19. Дистрибуција испитаника у односу на трајање симптома након насиља на радном месту у процентима (%)



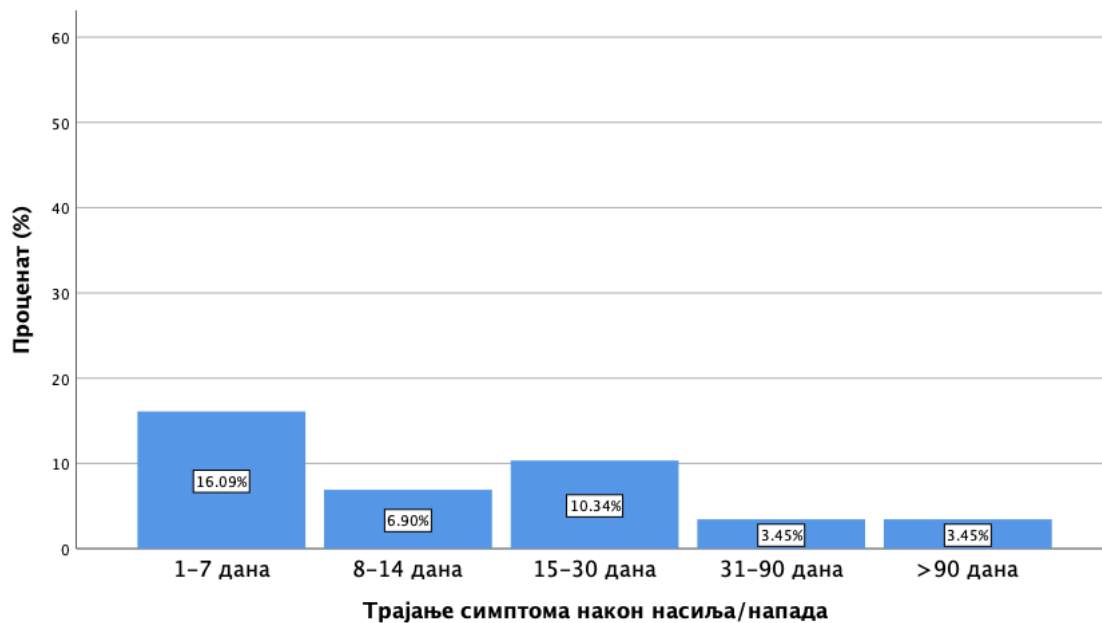
Психички симптоми у виду страха и туге је имало највећи број испитаника, чак 8,05%, а након тога узнемиреност и анксиозност је навело чак 5,75% испитаника као последицу насиља на радном месту (Графикон 20).

Графикон 20. Дистрибуција испитаника у односу на постојање психичких симптома након насиља на радном месту у процентима (%)



У погледу трајања последица, највећи број испитаника имао је симптоме 1-7 дана (16,09%), док је до месец дана имало симптоме чак 10,34 испитаника (Графикон 21).

Графикон 21. Дистрибуција испитаника у односу на трајање последица након насиља на радном месту у процентима (%)



У највећем проценту, 54,02% је агресор био пацијент односно корисник здравствене услуге (Графикон 22) који је био упадљив (19,54%) (Графикон 23).

Графикон 22. Врста агресора у процентима (%)

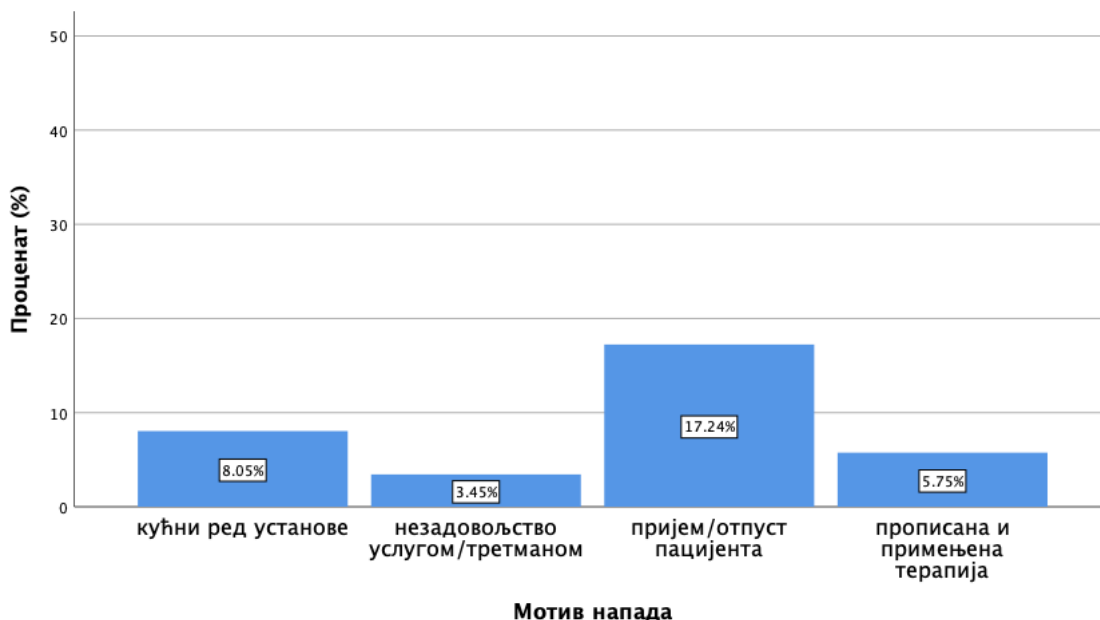


Графикон 23. Карактеристике агресора у процентима (%)



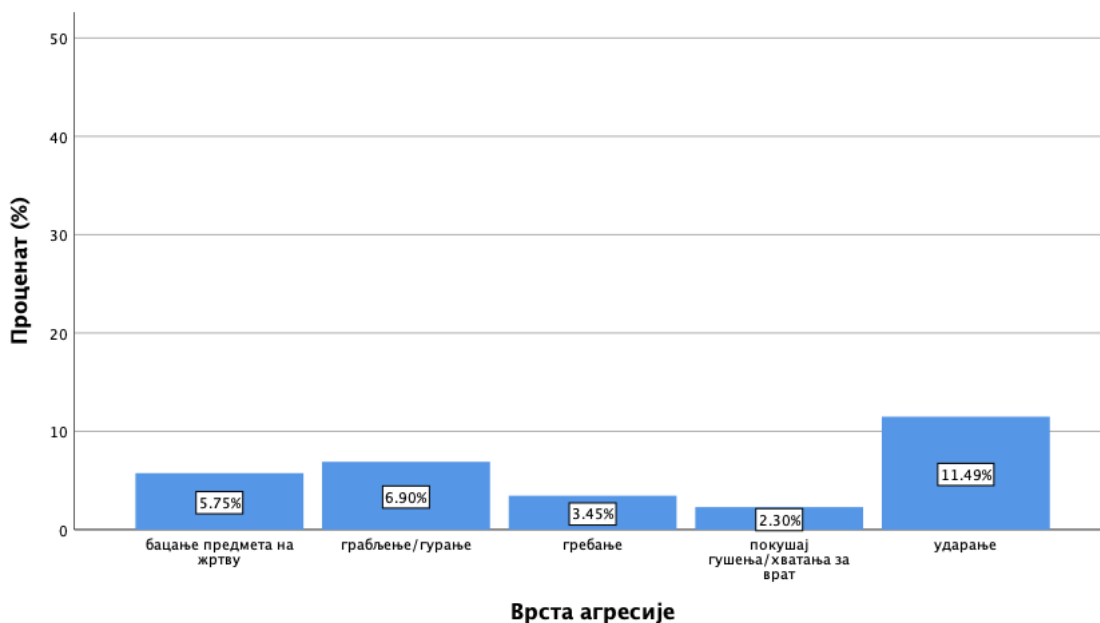
У највећем броју случајева пријем/отпуст је био мотив за агресију (17.24%), кућни ред установе у мањем проценту (8,05%) као и прописана или уведена терапија пацијенту (5,75%) (Графикон 25).

Графикон 24. Мотив агресије над здравственим радницима у процентима (%)



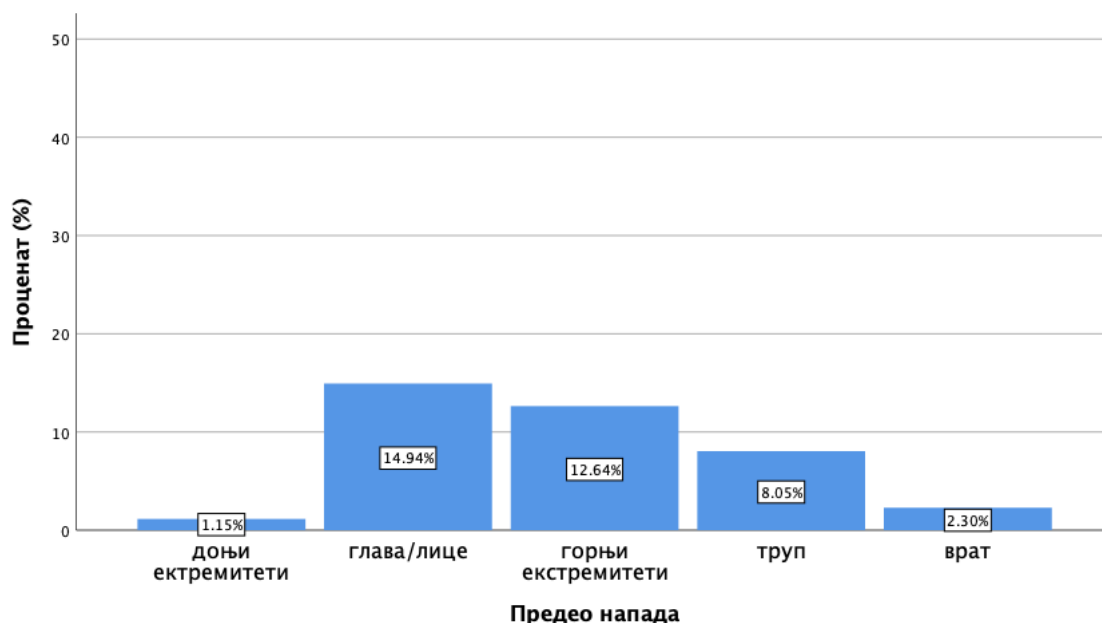
У погледу врсте агресије, најчешће је извршено насиље по типу ударања (11,49%), затим гребња и гурања (6,90%) као и бацања предмета на жртву (5,75%) (Графикон 25).

Графикон 25. Врста агресије над здравственим радницима у процентима (%)

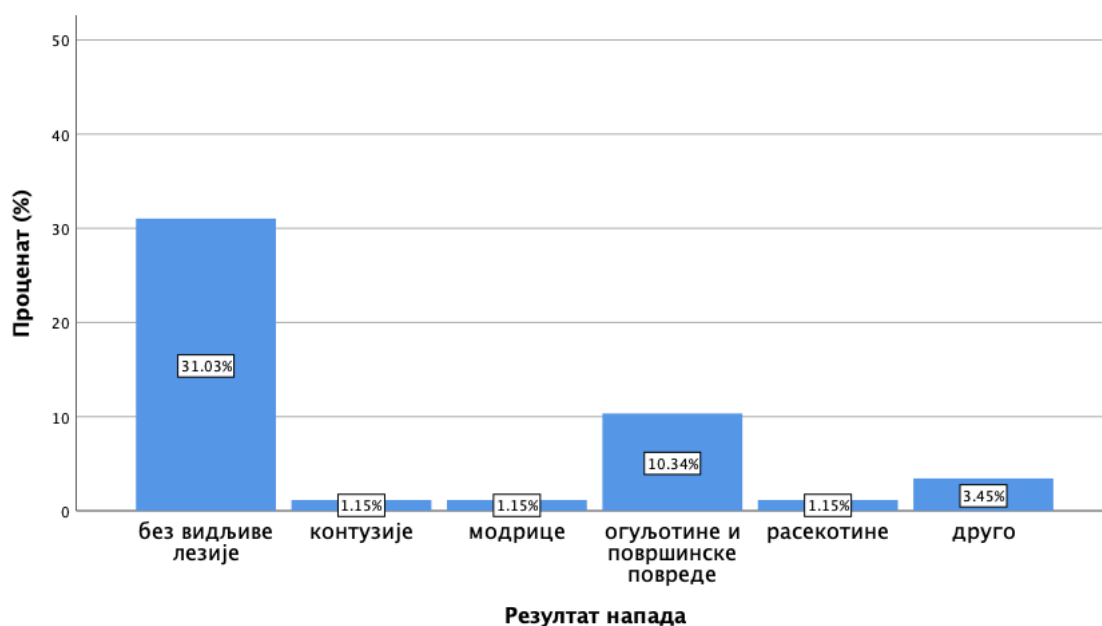


Предео напада на жртви након насиља је најчешће лице и глава (14,95%), горњи екстремитети (12,64%) као и предео врата (2,30%) (Графикон 26). У највећем броју случајева напад је прошао без видљивих лезија (Графикон 27).

Графикон 26. Предео напада током насиља над здравственим радницима у процентима (%)

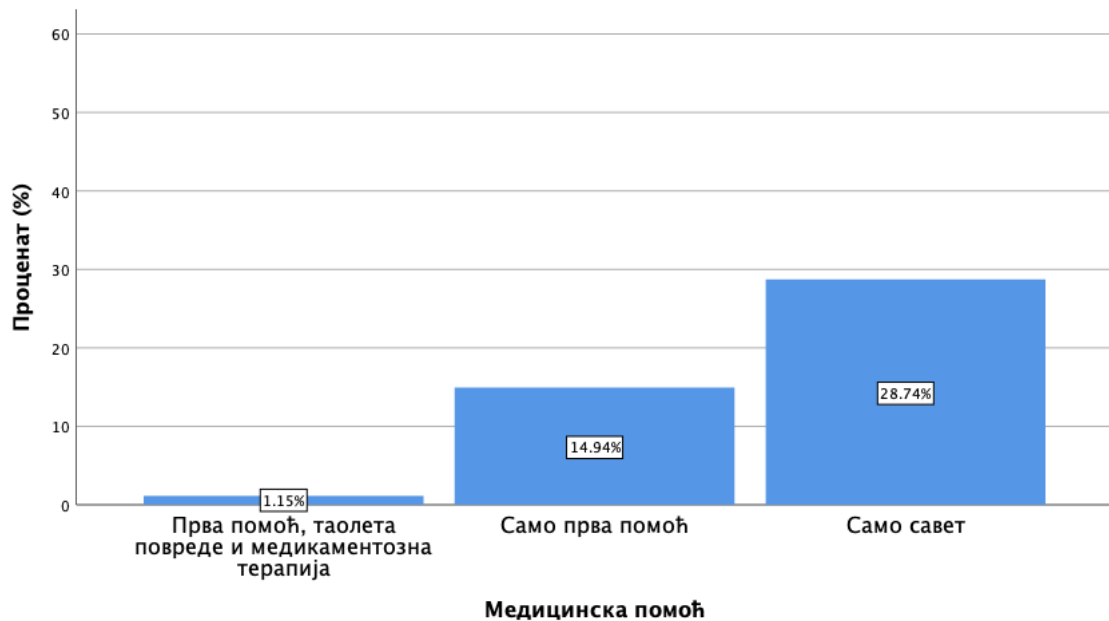


Графикон 27. Резултат напада током насиља над здравственим радницима у процентима (%)

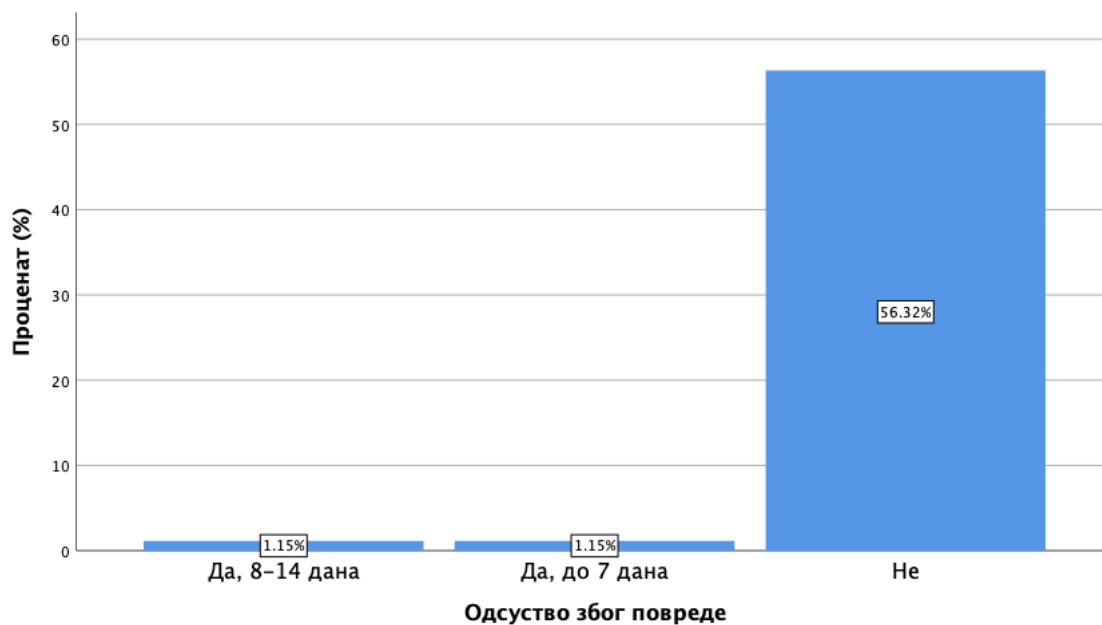


Након напада, жртве су навеле да су затражиле помоћ у виду медицинског савета, а чак 14,94% испитаника је добило прву помоћ (Графикон 28). У складу са тим, већина након насиља на радном месту није одсуствовало са посла (Графикон 29). Правну помоћ је затражило 2,30% жртвава насиља на радном месту (Графикон 30).

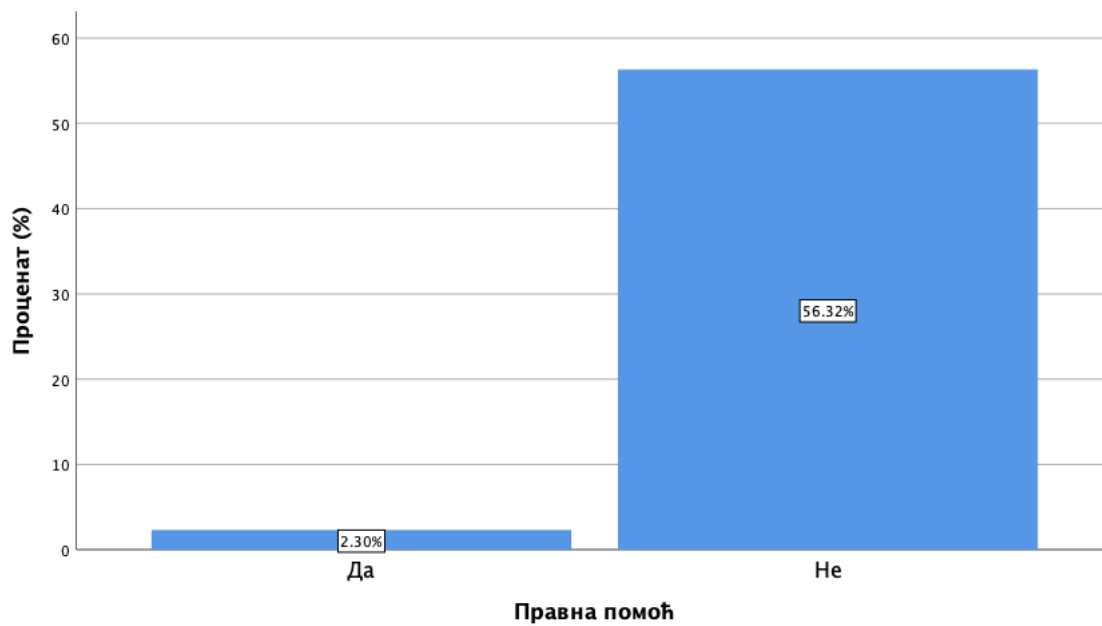
Графикон 28. Врста пружене помоћи након насиља над здравственим радницима у процентима (%)



Графикон 29. Одсуствовање са посла након насиља над здравственим радницима у процентима (%)



Графикон 30. Правна помоћ након насиља над здравственим радницима у процентима (%)



У Табели 2 је приказано статистичко поређење у односу претходно поменутих варијабли у групи без насиља и са насиљем. Статистичка разлика примећена је у дужини трајања боловања, дужини трајања симптома односно повреде. Статистички су потврђене карактеристике нападача, односно упадљивост, пацијент, агресија у виду гурања/гребања у пределу главе која траје краће време након повреде а која захтева одсуствовање са посла, медицински савет у највећем броју случајева и некада правну помоћ (Табела 3).

Табела 2. Карактеристике насиља, агресор и последице насиља у групи која је доживела физички напад [n=87]. Статистичка анализа је урађена коришћењем Хи квадрат теста. Статистички праг је постављен на 0,05. Звезда (*) представља статистички значајну разлику (p<0,05).

Варијабле	Група са физичким насиљем [n=87]		Хи квадрат тест Р вредност
Да ли сте се обратили некоме за помоћ након инцидента, и ако јесте, зашто?	Да 86 [98.8%]	Не 1 [1.2%]	0.001*
Ови симптоми су трајали ? [дана]	1-7 дана 14 [16.1%] 8-14 дана 3 [3.4%] 15-30 дана 5 [5.7%] 31-90 дана 4 [4.6%] >90 дана 2 [2.3%]		0.001*
Да ли сте имали нека осећања или искуства након инцидента?	Да 47 [54.4%]	Не 40 [46.6%]	0.565
Да ли сте имали нека од следећих осећања или искустава након инцидента?	анксиозност 8 [9.2%] несаница 3 [3.4%] страх 9 [10.5%] неповерење 1 [1.1%] туга 7 [8.0%] отежана концентрација 1 [1.1%] раздражљивост 2 [2.3%] лоше памћење 5 [5.7%]		0.477
Ови симптоми су трајали? [дана]	1-7 дана 14 [16.1%] 8-14 дана 6 [6.9%] 15-30 дана 9 [10.3%] 31-90 дана 3 [3.4%] >90 дана 3 [3.4%]		0.761
Ко је извршио напад	пацијент 80 [87.4%] пратња пацијенту 1 [1.1%]		0.001*
Карактеристике нападача	неупадљив 19 [21.8%] упадљив 68 [79.2%]		0.001*
Мотив напада	незадовољство услугом 5 [5,7%] пријем и отпуст пацијента 4 [4,6%] кућни ред 7 [8.0%] конзумација алкохола 4 [4,6%] прописана/примењена терапија 5 [5,7%] непознат мотив 62 [71,3%]		0.134

Врста физичког напада	гребање/гурање 23 [26,4%] бацање предмета 5 [5,7%] покушај гушења 3 [3,3%] ударање 14 [16,1%]		0.023*
Локализација напада	глава 25 [26,3%] горњи екстремитети 14 [15,9%] доњи екстремитети 1 [1,1%] потилјак 7 [8%] врат 2 [2,3%]		0.045*
Резултат физичког напада	без лезије 29 [33,0%] модрице 2 [2,4%] ожиљци 15 [17,2%] контузије 1 [1,1%] смањује 1 [1,1%] остало 3 [3,4%]		0.011*
Потреба за помоћ	прва помоћ и лечење 1 [1,1%] прва помоћ 13 [14,9%] савет 25 [28,7%]		0.044*
Да ли сте одсуствовали са посла због наведених повреда?	Да 2 [2.3%]	Не 49 [56.3%]	0.001*
Тражење правног лица (адвокат, суд)	Да 2 [2.3%]	Не 49 [56.3%]	0.033*

4.4. Повезаност настанка и врсте насиља на радном месту са осталим тестираним параметрима

Циљ овог истраживања био је и да испитамо потенцијалну везу између основних анамнестичких карактеристика здравствених радника и карактеристика насиља над њима. Резултати ове анализе приказани су у Табели 3. Уочавамо статистичку значајност пола, старости, радног статуса (стално/ограничено) и професионалног статуса (лекар/медицински техничар/радник итд.) на учесталост физичког напада (Табела 3). Штавише, радно искуство је статистички значајно у одређивању разлога напада, брачно стање, рођење деце, радно искуство и професионални статус повезани су са тражењем медицинске помоћи након инцидента. Радно искуство је било високо статистички значајно повезано са медицинском помоћи и стопом рођења деце у породици. Такође, разлог за напад је био у великој мери повезан са радним искуством здравствених радника. Занимљиво је да ниједна тестирана варијабла није била статистички значајно повезана са врстом напада и тражењу помоћи правног лица (Табела 3). Све наведене варијабле из табеле 3 јасно су описале најважније факторе ризика од насиља код здравствених радника у наше три психијатријске установе, а за већину њих су статистички потврђене везе са карактеристикама физичког напада.

Табела 3. Хи квадрат тест за одређивање значајног параметра у врсти и узроку физичког насиља [n=191]. Статистичка анализа је урађена коришћењем Хи квадрат теста. Статистички праг је постављен на 0,05. Звезда (*) представља статистички значајну разлику ($p < 0,05$).

Хи квадрат тест	Физички напад			Разлог			Тип			Медицинска помоћ			Правна помоћ		
	value	df	p	value	df	p	value	df	p	value	df	p	value	df	p
Пол	11.51	4	0.02*	14.61	10	0.062	12.31	9	0.123	2.04	3	0.519	0.47	2	0.795
Старост	25.72	12	0.012*	18.34	30	0.821	31.78	27	0.605	3.04	9	0.892	2.60	6	0.807
Брачни статус	10.82	8	0.229	18.35	20	0.355	16.71	18	0.542	13.05	6	0.042*	8.72	4	0.065
Потомство	17.38	16	0.361	38.88	40	0.520	31.42	36	0.686	26.33	12	0.010*	11.19	8	0.191
Радно искуство	27.71	28	0.480	75.65	70	0.301	61.67	63	0.524	39.17	21	0.009*	18.80	14	0.173
Радна позиција	33.68	28	0.211	100.27	70	0.010*	80.40	63	0.069	25.36	21	0.232	17.84	14	0.214
Радни статус	9.68	4	0.046*	6.38	10	0.782	12.26	9	0.199	0.352	3	0.950	0.354	2	0.838
Професионални статус	31.25	20	0.021*	41.38	50	0.802	46.36	45	0.416	26.12	15	0.037*	12.53	10	0.251

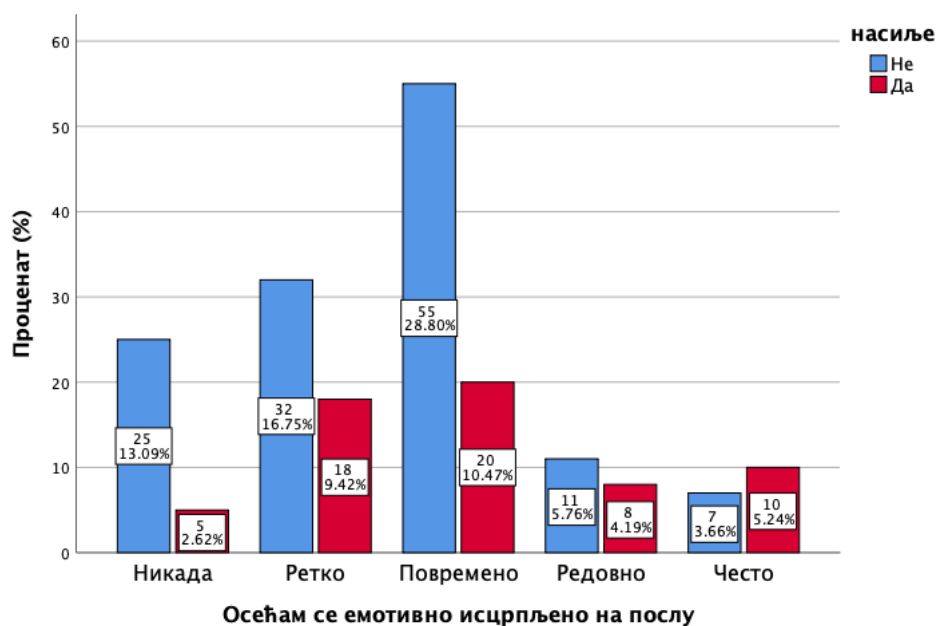
4.5. Стрес на радном месту

Анализом резултата Упитника о стресу на раду који има 45 питања анализирали смо аспект постојања стреса, мотивације и одговорности запосленог према раду и на радном месту. Путем овог упитника, анализирани су фактори спољашње средине, психолошки аспект запосленог, комуникација на послу са колегама и надређенима итд.

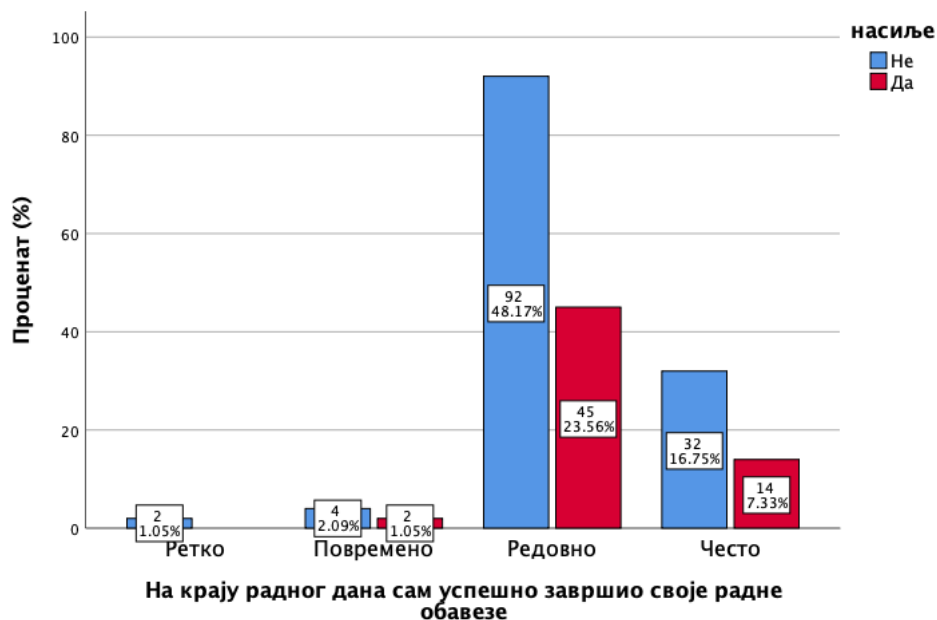
Посебан аспект и сврхе овог упитника је анализа нивоа стреса на послу у односу на присутност претходног искуства насиља на радном месту запосленог у психијатријској установи.

Емотивно исцрпљено повремено се више испитаника осећало у групи која није имала насиље у историји, а често у групи која је имала насиље (Графикон 31), а осећај да су успешни у послу имају више особе које су имале насиље (Графикон 32).

Графикон 31. Дистрибуција одговора на питање 1 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)

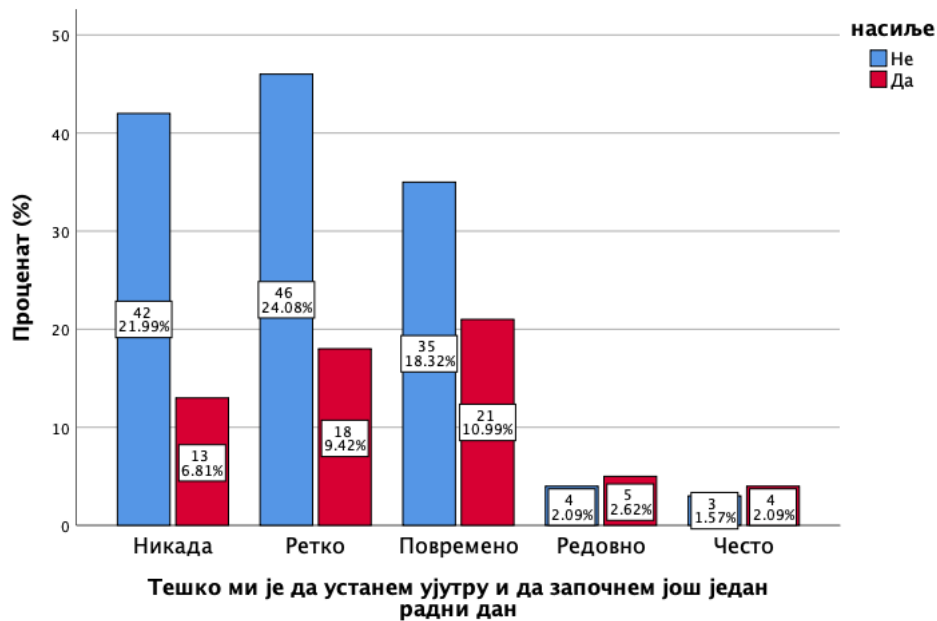


Графикон 32. Дистрибуција одговора на питање 2 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)

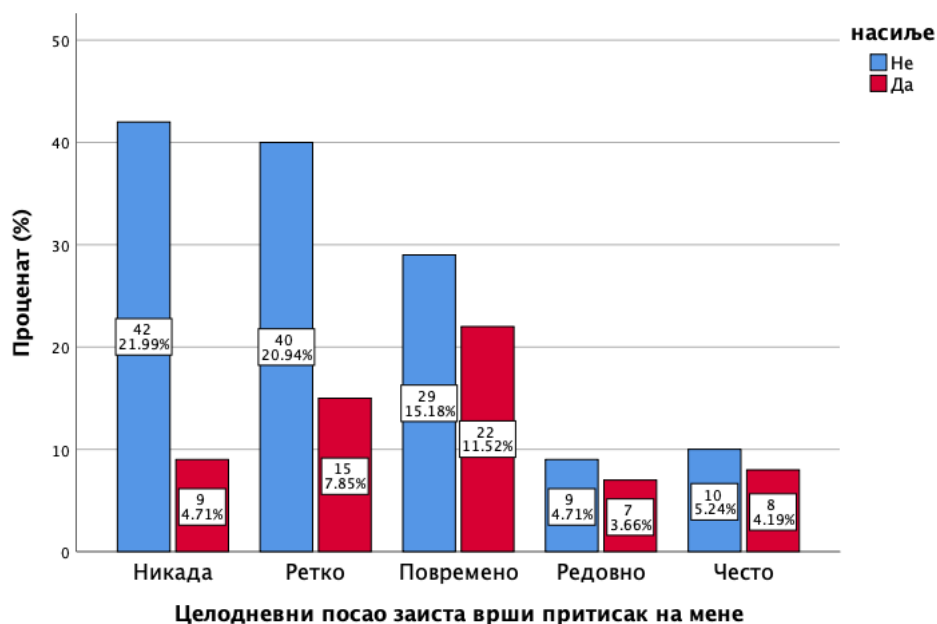


Када је у питању стална потешкоћа у смислу јутарњег буђења, та појава је била чешћа у групи која је имала насиље (Графикон 33), док је притисак посла на јединку био подједнако заступљен у обе групе испитаника (Графикон 34).

Графикон 33. Дистрибуција одговора на питање 3 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)

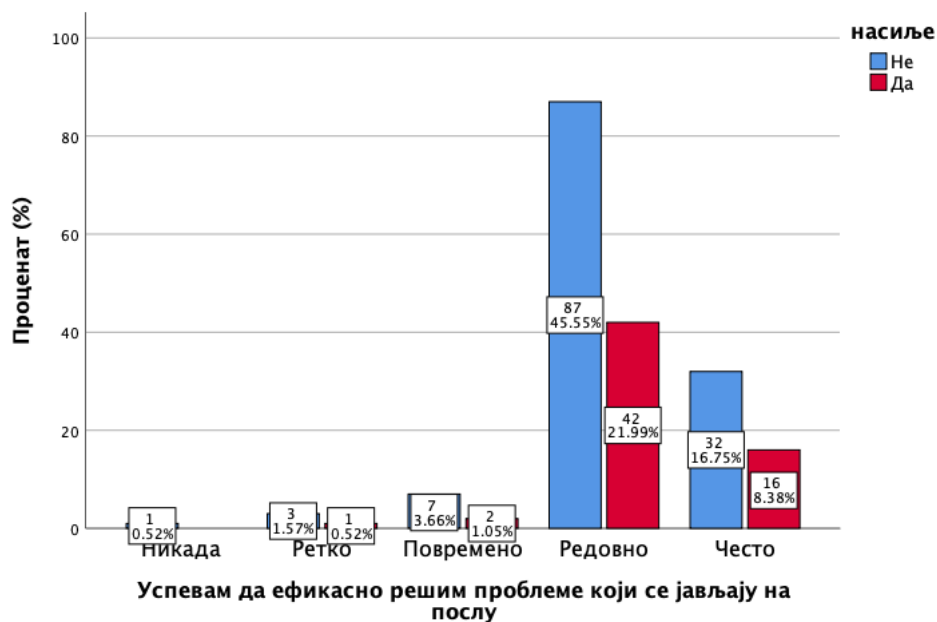


Графикон 34. Дистрибуција одговора на питање 4 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)

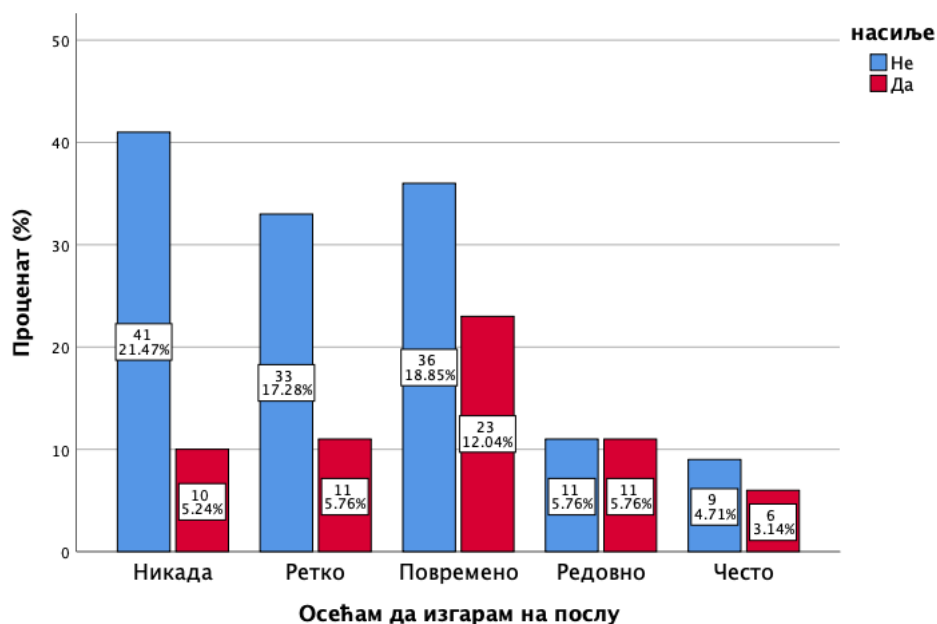


Ефикасност на послу била је подједнака и невезана за насиље (Графикон 35), а веће изгарање на послу је било присутно у групи која је имала насиље (Графикон 36).

Графикон 35. Дистрибуција одговора на питање 5 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)

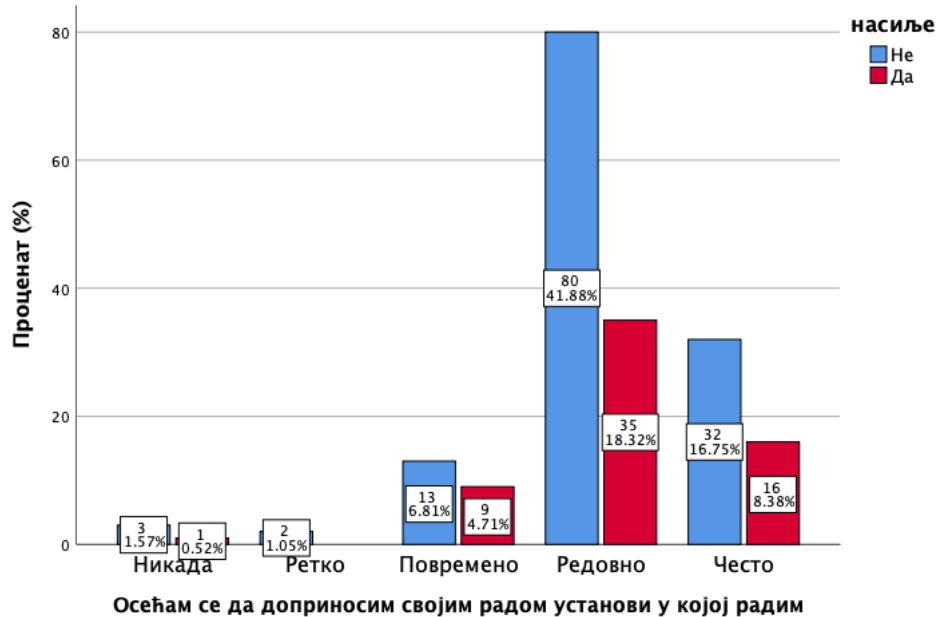


Графикон 36. Дистрибуција одговора на питање 6 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)

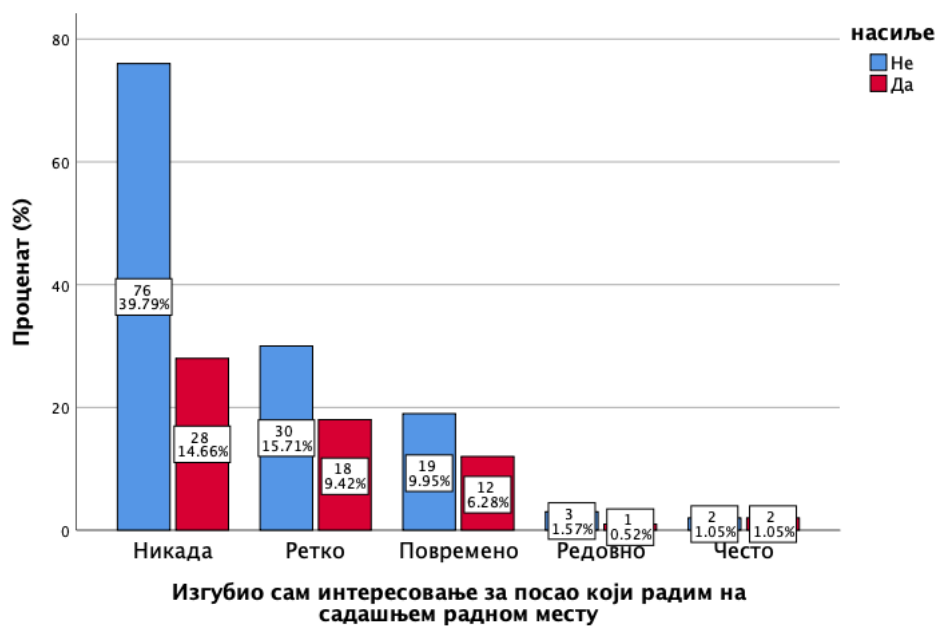


Група испитаника која није имала насиље се изјаснила да се осећа да више доприноси својој установи својим радом (Графикон 37), иако су резултати показали да је иста група у већем проценту изгубила интересовање за садашњи посао и мање је заинтересована (Графикон 38 и 39).

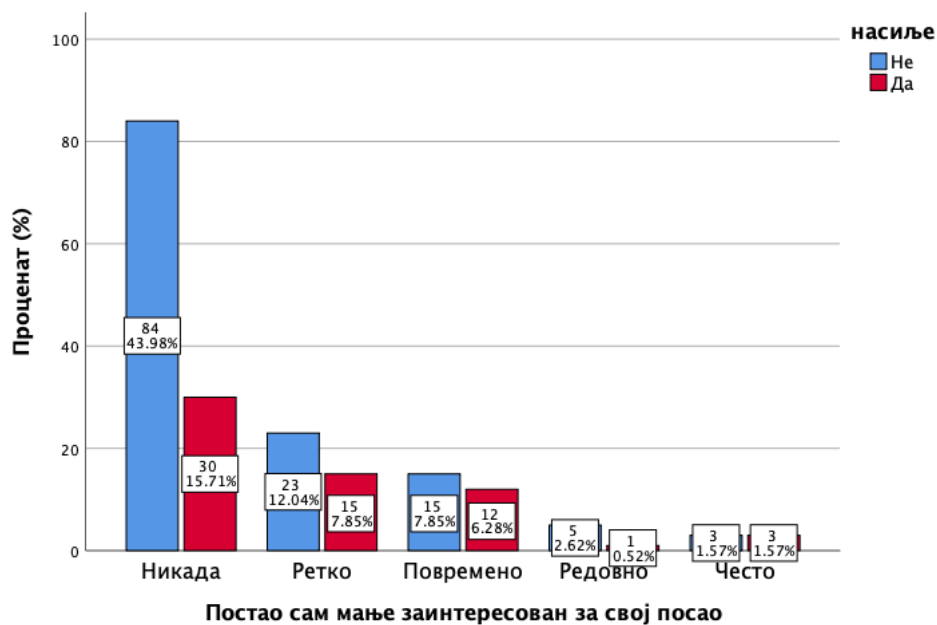
Графикон 37. Дистрибуција одговора на питање 7 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)



Графикон 38. Дистрибуција одговора на питање 8 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)

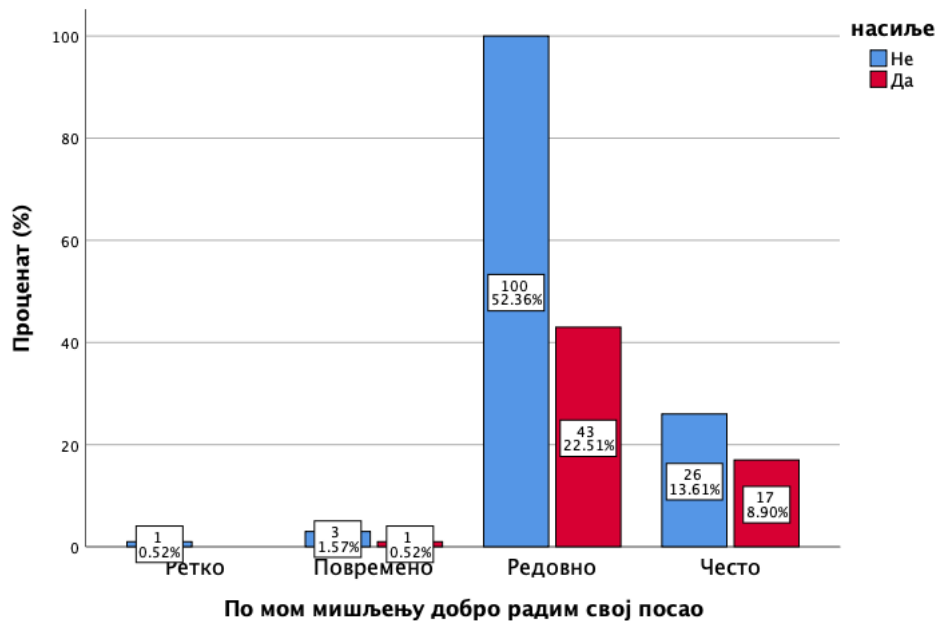


Графикон 39. Дистрибуција одговора на питање 9 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)

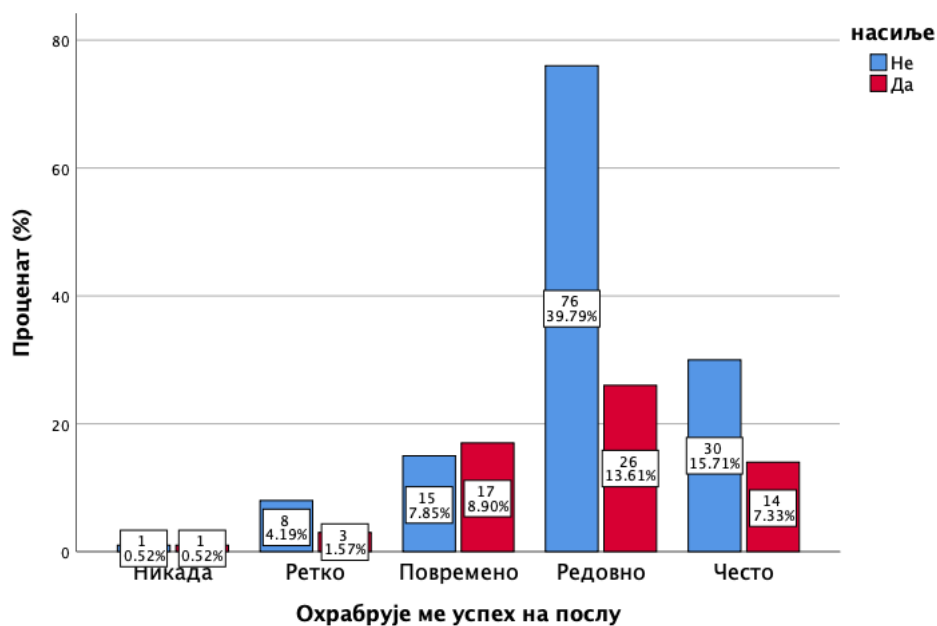


Група испитаника која у прошлости није искусила насиље на радном месту, мишљења је да добро ради свој посао у већем проценту (Графикон 40), такође има осећај да је успешнија на послу (Графикон 41) као и да је постигла неке значајне резултате (Графикон 42).

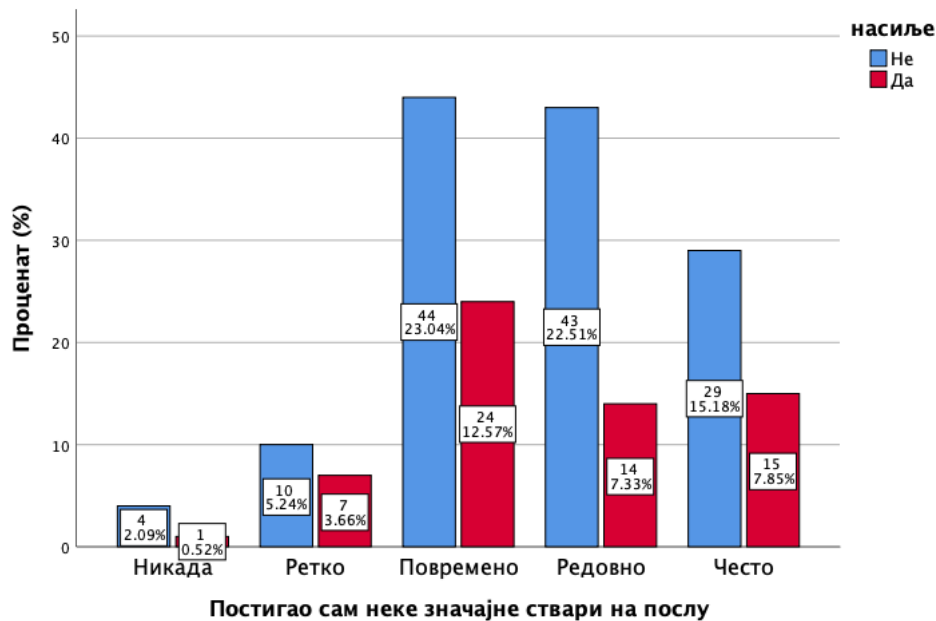
Графикон 40. Дистрибуција одговора на питање 10 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)



Графикон 41. Дистрибуција одговора на питање 11 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)

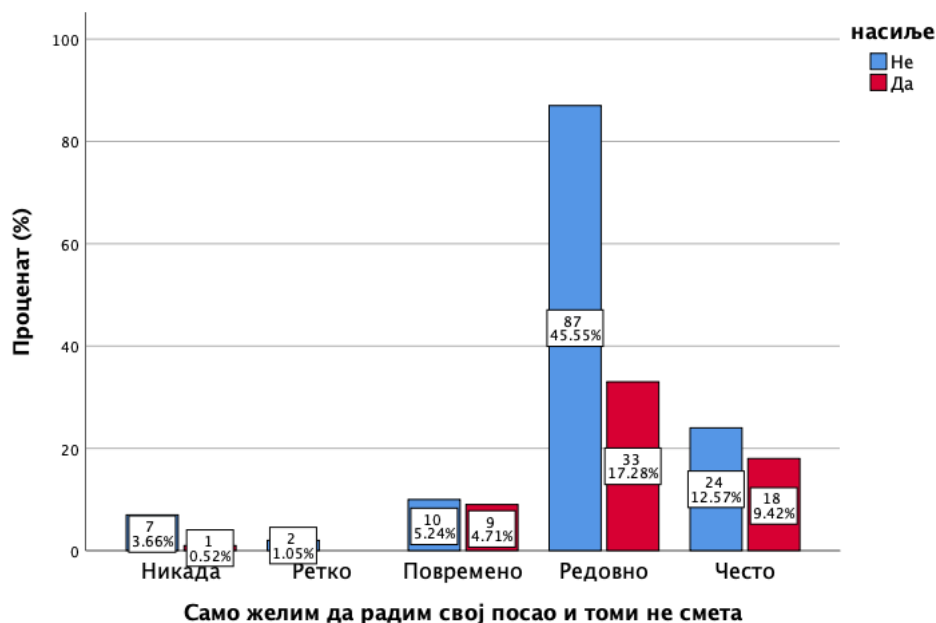


Графикон 42. Дистрибуција одговора на питање 12 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)

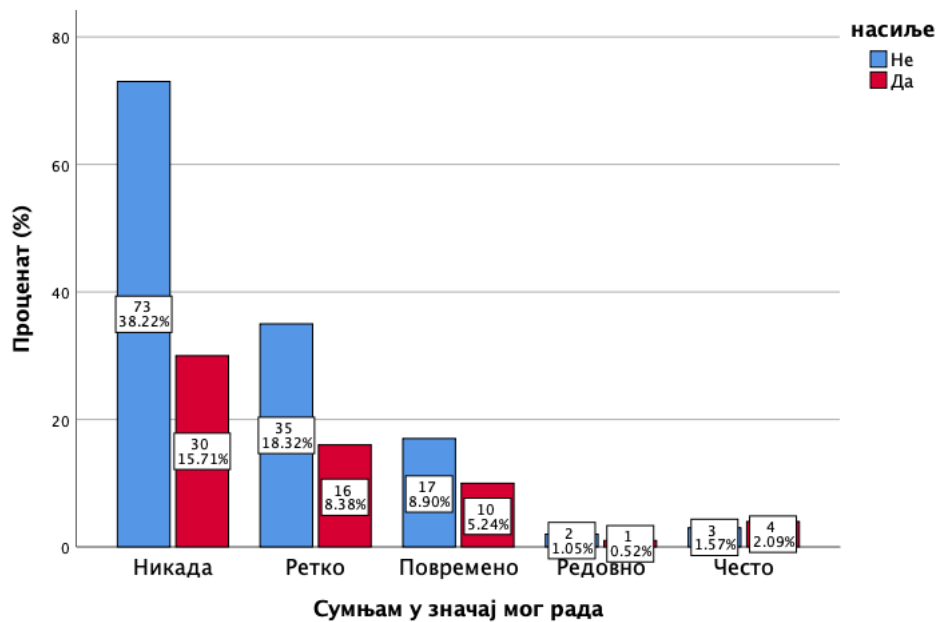


Такође група испитаника без претходног насиља, са жељом обавља свој посао (Графикон 43), не сумња у свој рад (Графикон 44), уверена је у свој рад (Графикон 45 и 46), али и са друге стране иста група у већем проценту наводи да нема довољно времена да обавља свој посао (Графикон 47).

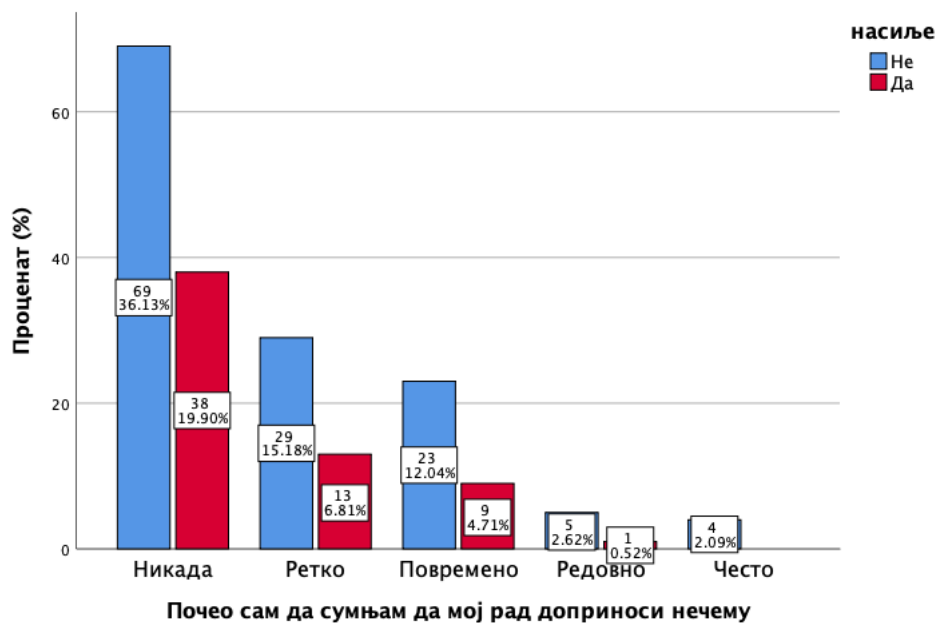
Графикон 43. Дистрибуција одговора на питање 13 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)



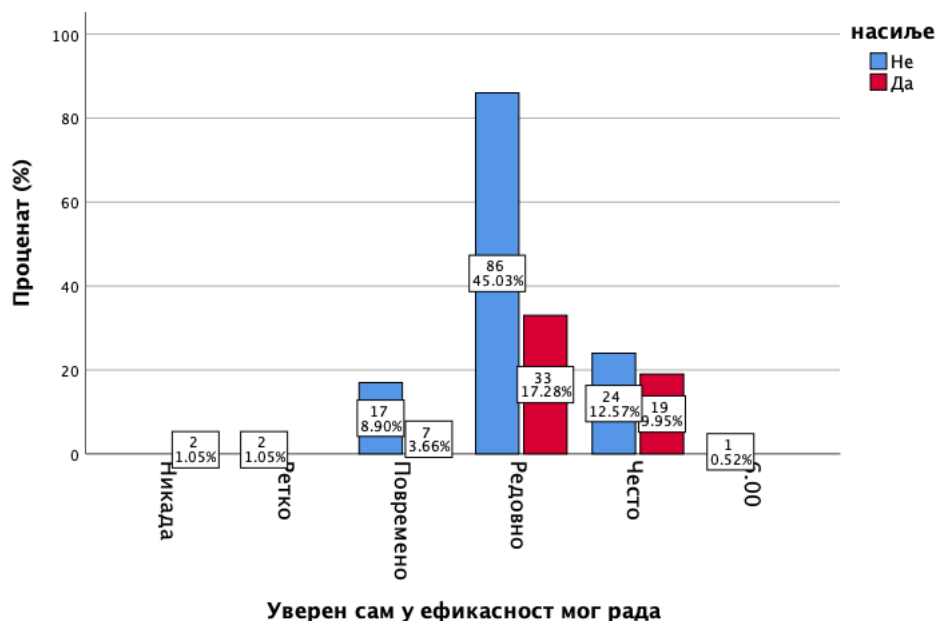
Графикон 44. Дистрибуција одговора на питање 14 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)



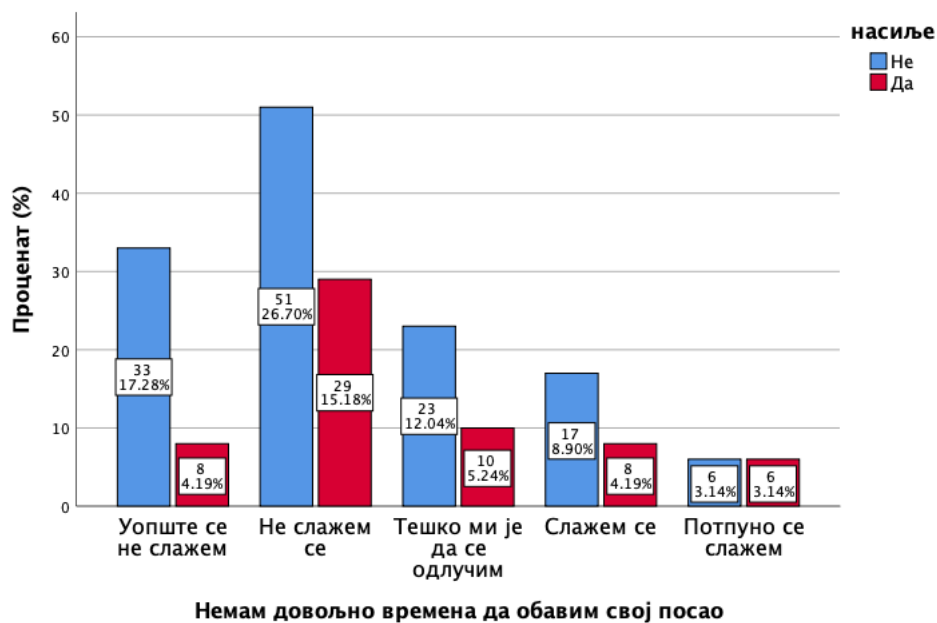
Графикон 45. Дистрибуција одговора на питање 15 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)



Графикон 46. Дистрибуција одговора на питање 16 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)



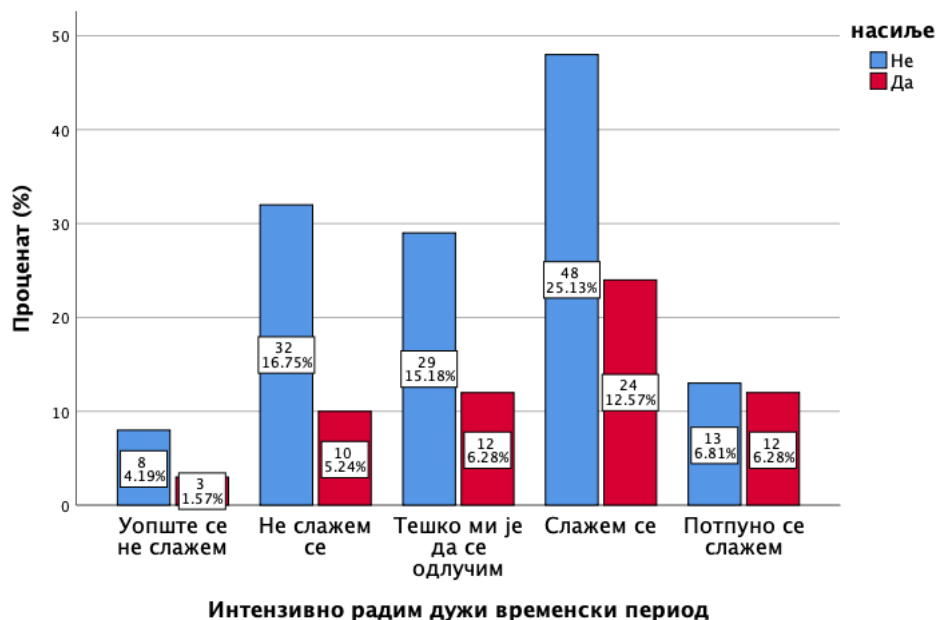
Графикон 47. Дистрибуција одговора на питање 17 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)



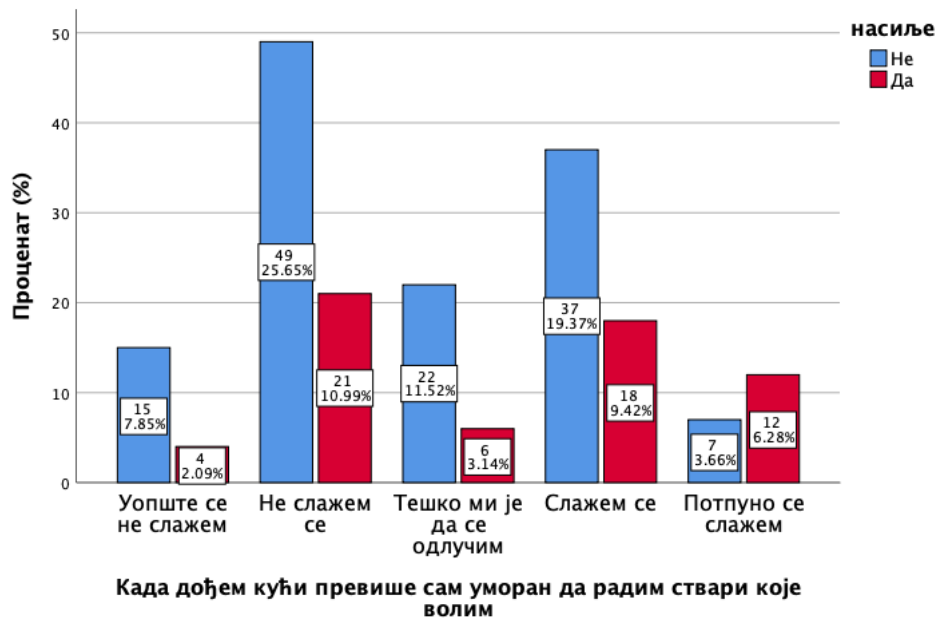
Група испитаника која није имала насиље на раду навела је у већем проценту да интензивно ради већ дуго (Графикон 48), да је због тога кући веома уморна (Графикон

49), да има већи обим посла повремено (Графикон 50), али и да често има довољно времена да у току радног времена обави друге послове (Графикон 51).

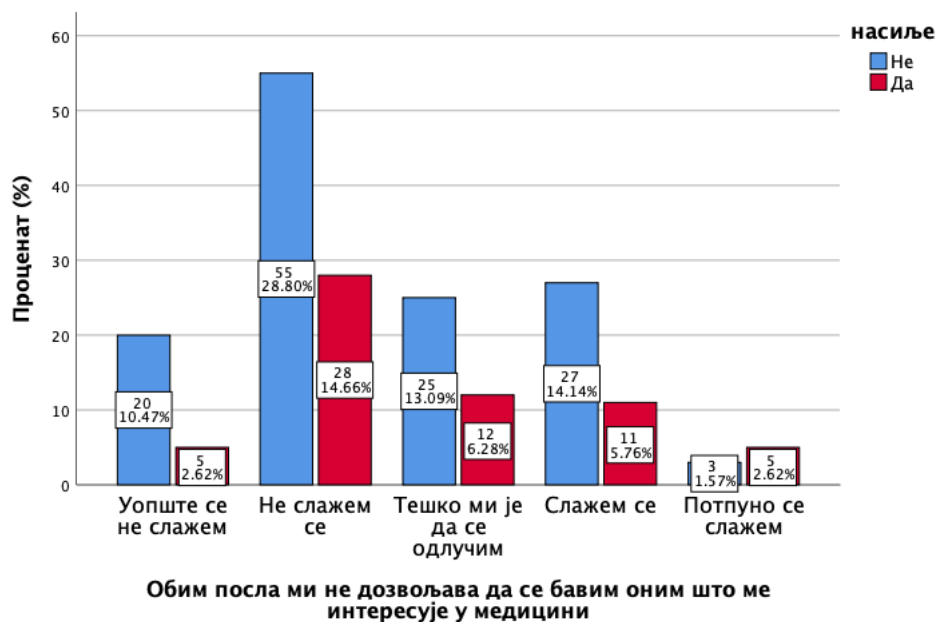
Графикон 48. Дистрибуција одговора на питање 18 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)



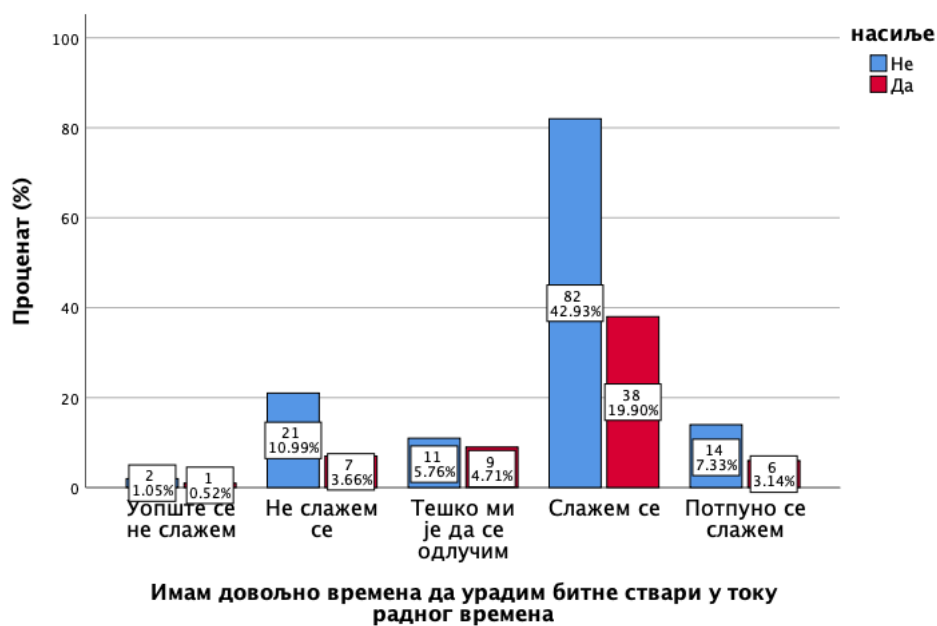
Графикон 49. Дистрибуција одговора на питање 19 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)



Графикон 50. Дистрибуција одговора на питање 20 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)



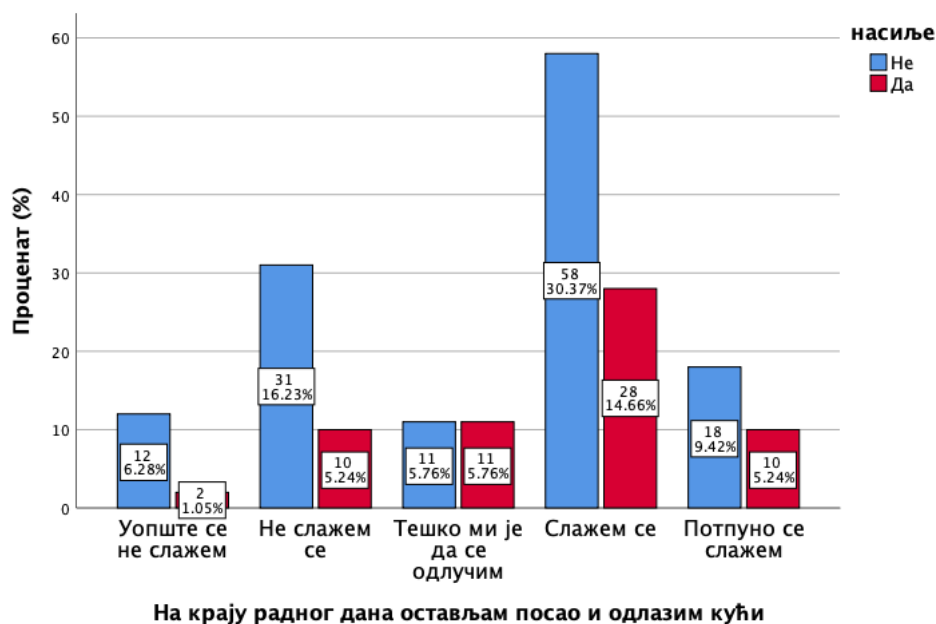
Графикон 51. Дистрибуција одговора на питање 21 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)



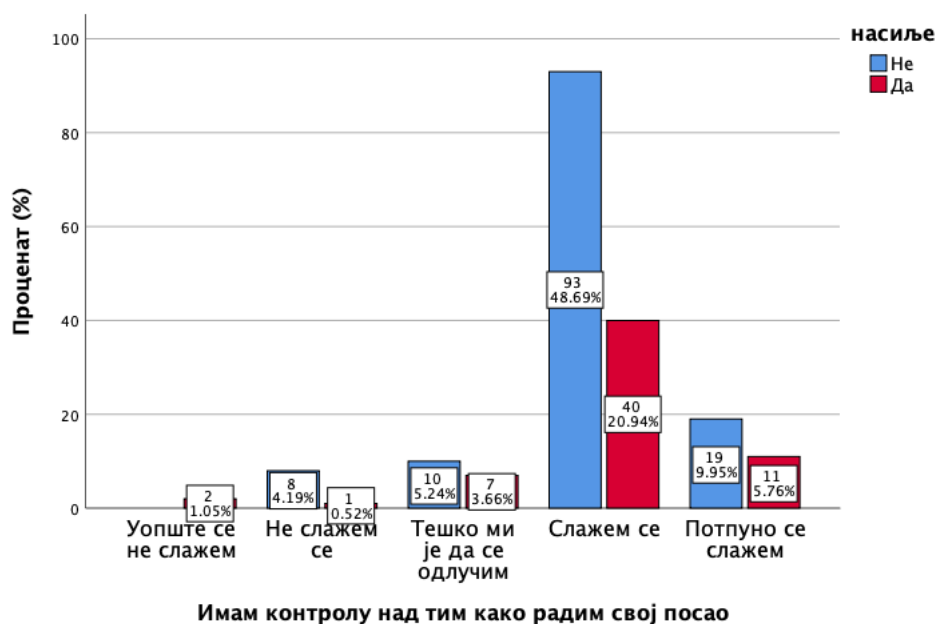
У погледу питања да ли на крају дана остављају посао и одлазе кући, подједнака учесталост одговора “ не могу да се одлучим “ је била у обе групе (Графикон 52). Већу

контролу над послом има група која није искусила насиље на радном месту (Графикон 53), има већи утицај на надређене (Графикон 54), има већу независност и одлучивање на послу (Графикон 55), и има веће признање на послу од колега (Графикон 56).

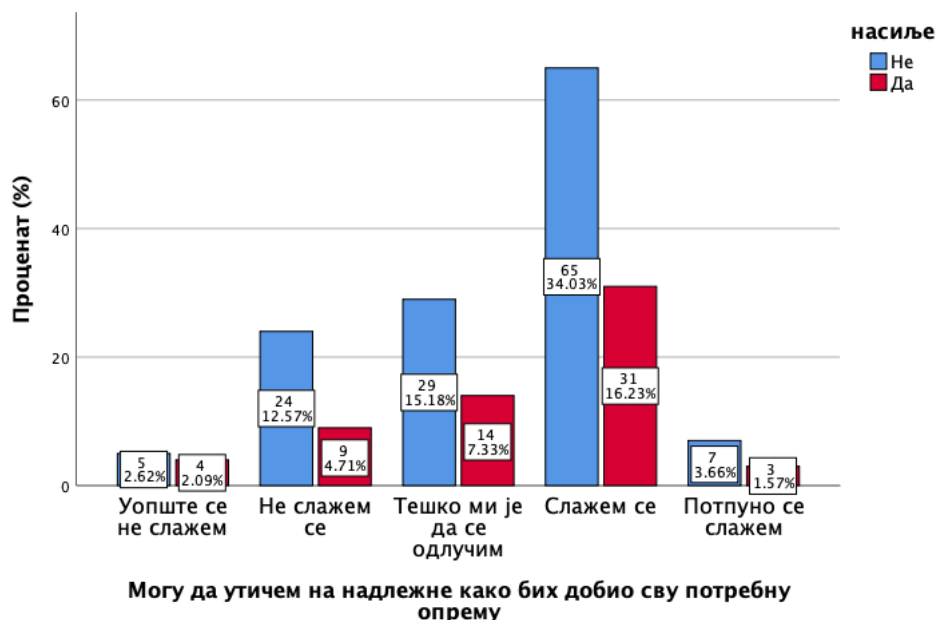
Графикон 52. Дистрибуција одговора на питање 22 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)



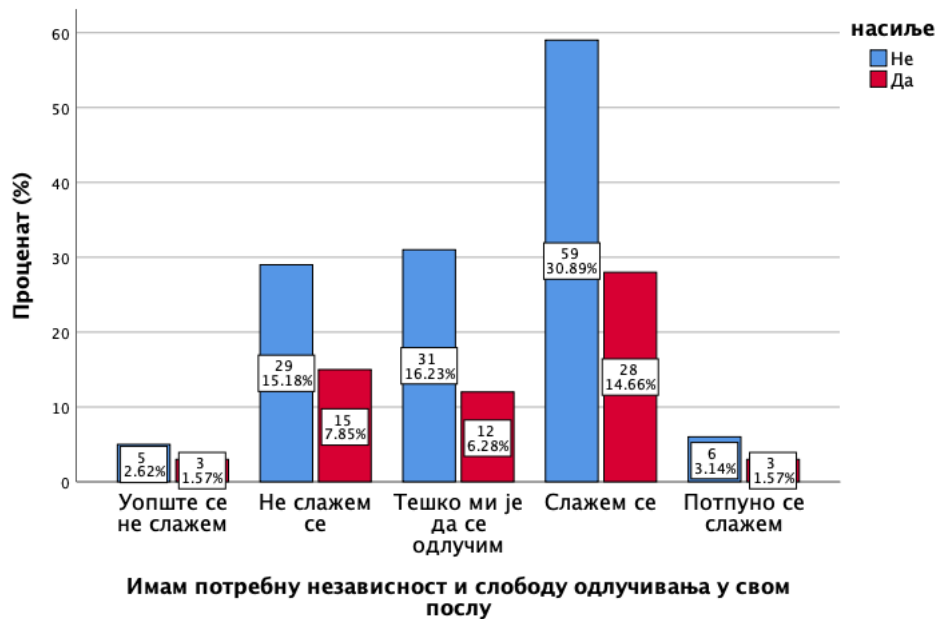
Графикон 53. Дистрибуција одговора на питање 23 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)



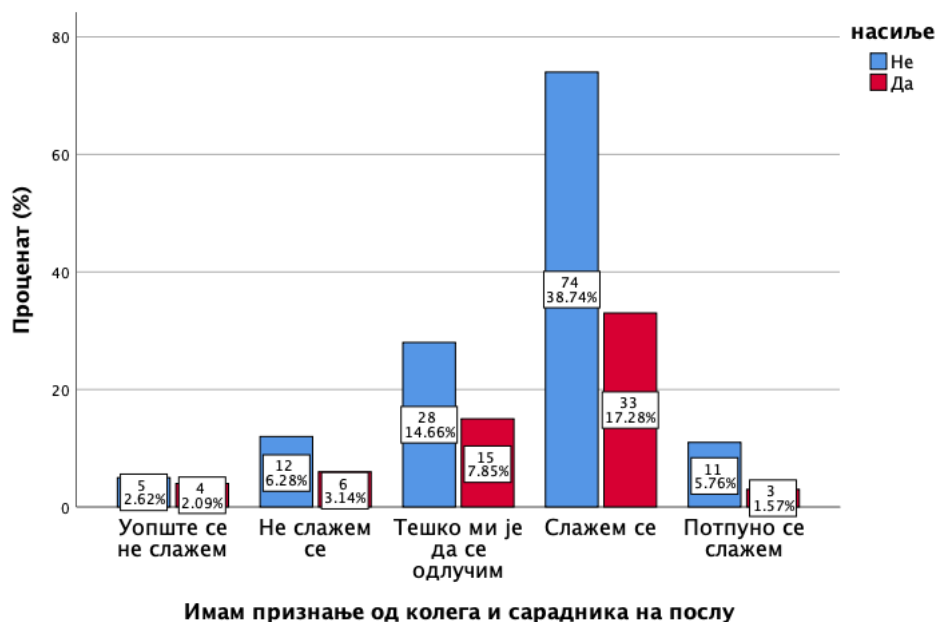
Графикон 54. Дистрибуција одговора на питање 24 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)



Графикон 55. Дистрибуција одговора на питање 25 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)

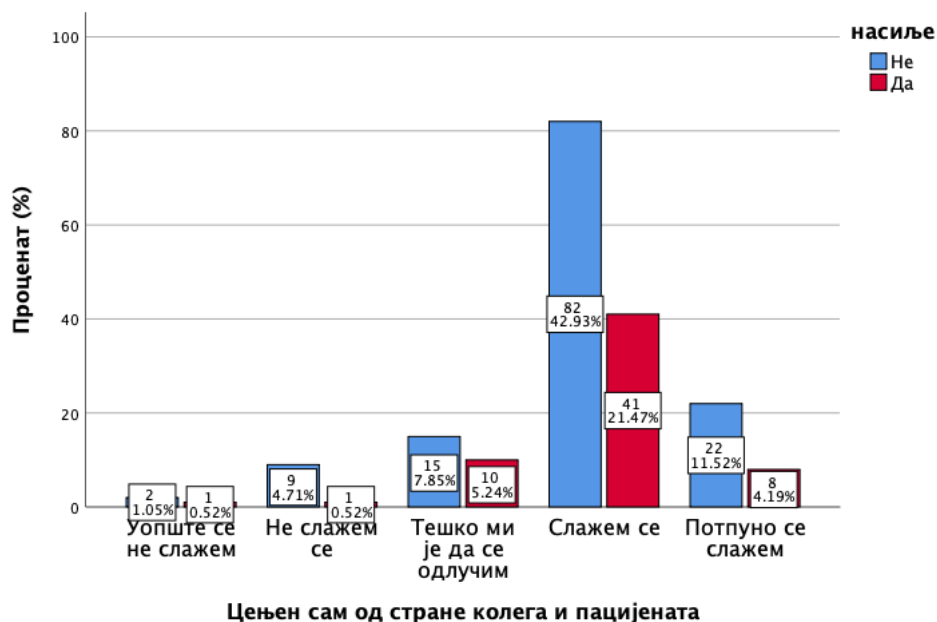


Графикон 56. Дистрибуција одговора на питање 26 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)

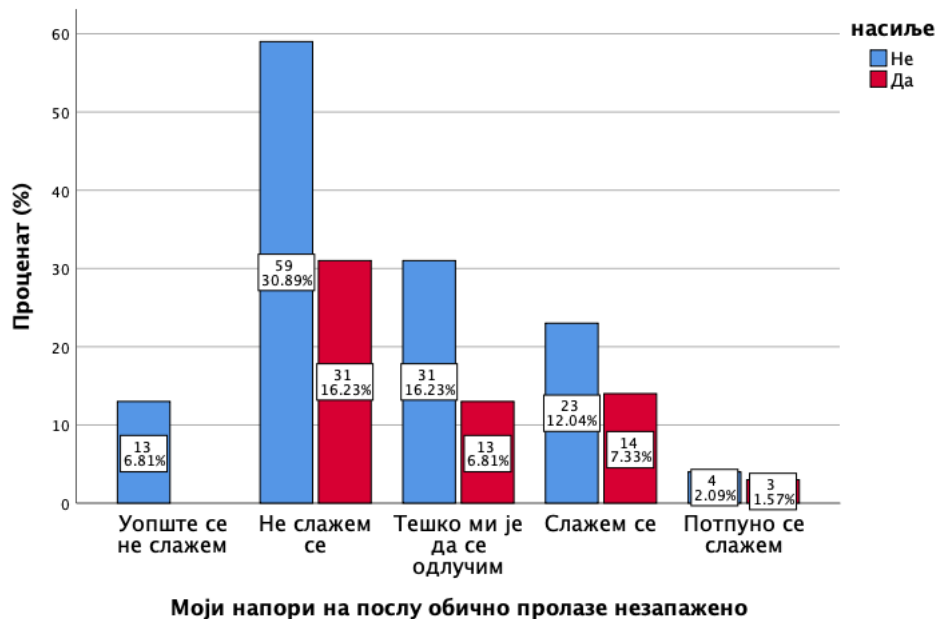


У групи испитаника који нису имали искуство насиља процентуално више је било одговора који се односе на то да су цењени на свом послу (Графикон 57), али и да напори који улажу ипак пролазе незапажено (Графикон 58), и да се доприноси не признају (Графикон 59). Поред тога, да поверење влада међу колегама је одговор у већем броју у групи без насиља (Графикон 60), да је члан тима за подршку запосленима (графикон 61) и да запослени међусобно сарађују (Графикон 62).

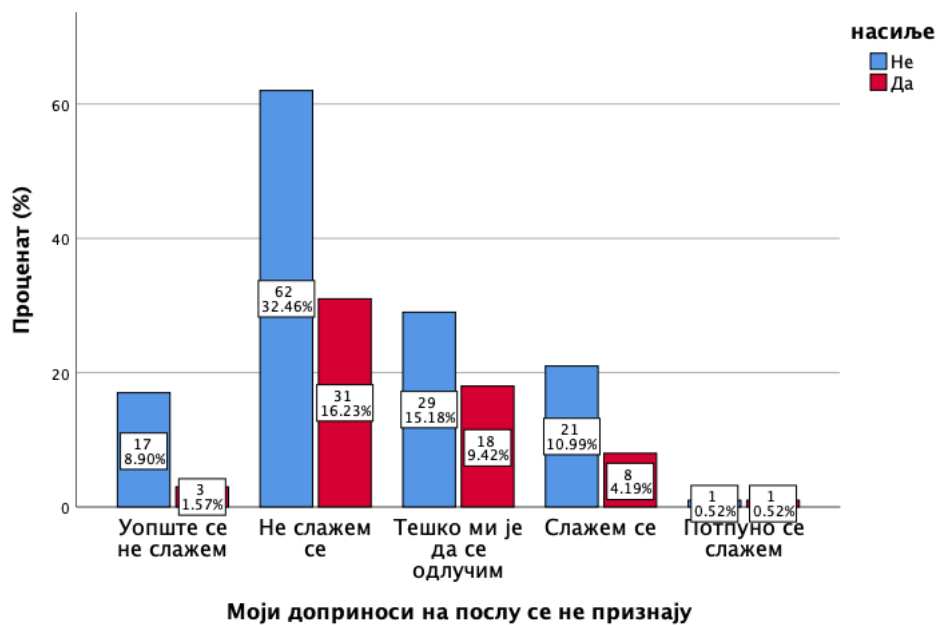
Графикон 57. Дистрибуција одговора на питање 27 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)



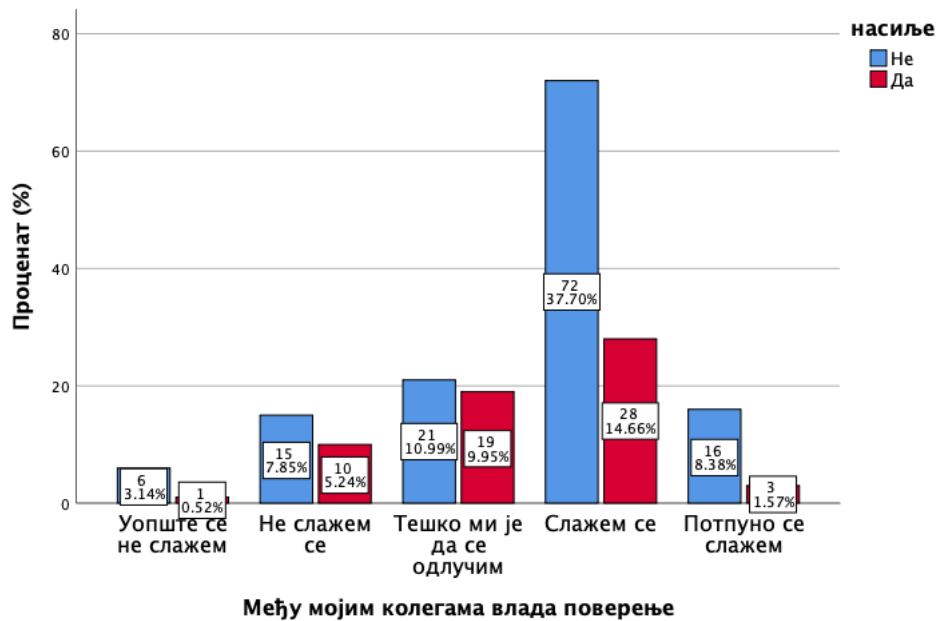
Графикон 58. Дистрибуција одговора на питање 28 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)



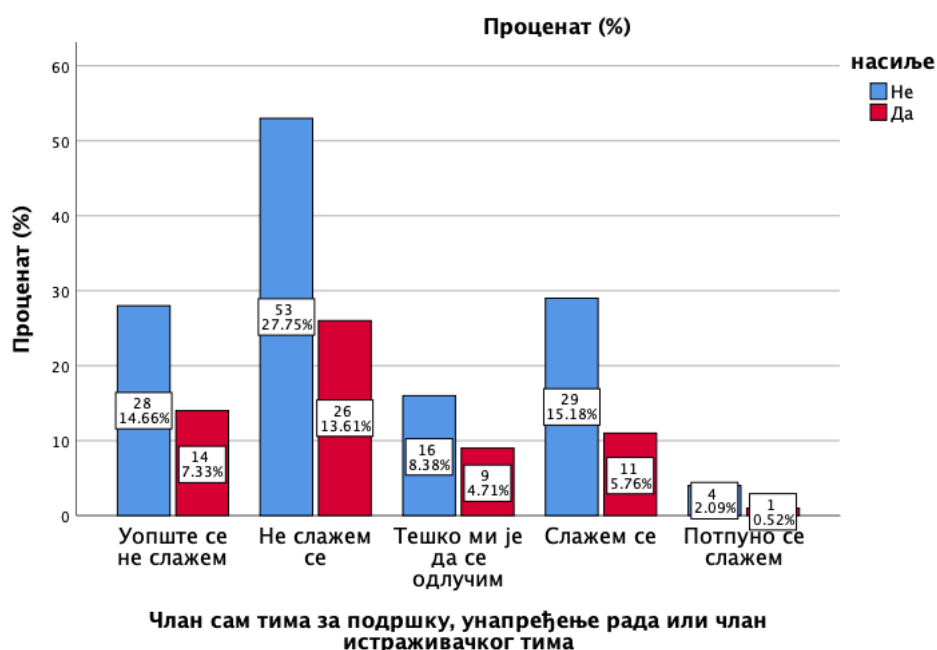
Графикон 59. Дистрибуција одговора на питање 29 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)



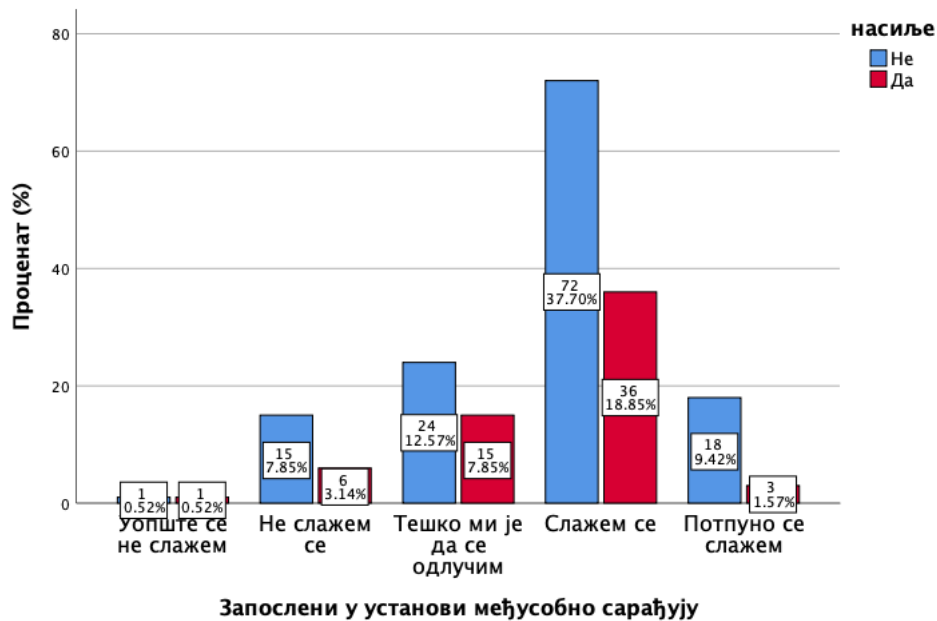
Графикон 60. Дистрибуција одговора на питање 30 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)



Графикон 61. Дистрибуција одговора на питање 31 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)

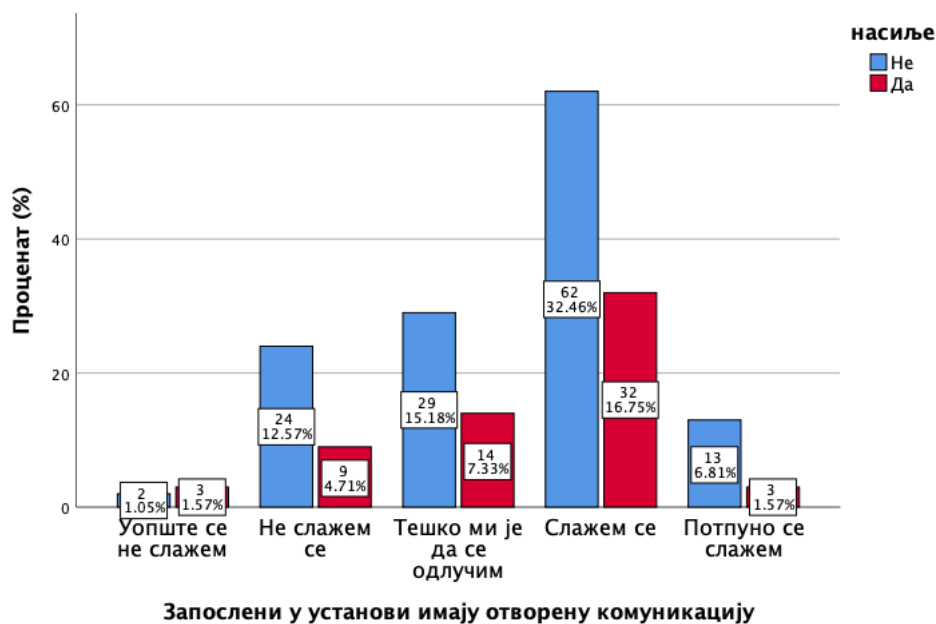


Графикон 62. Дистрибуција одговора на питање 32 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)

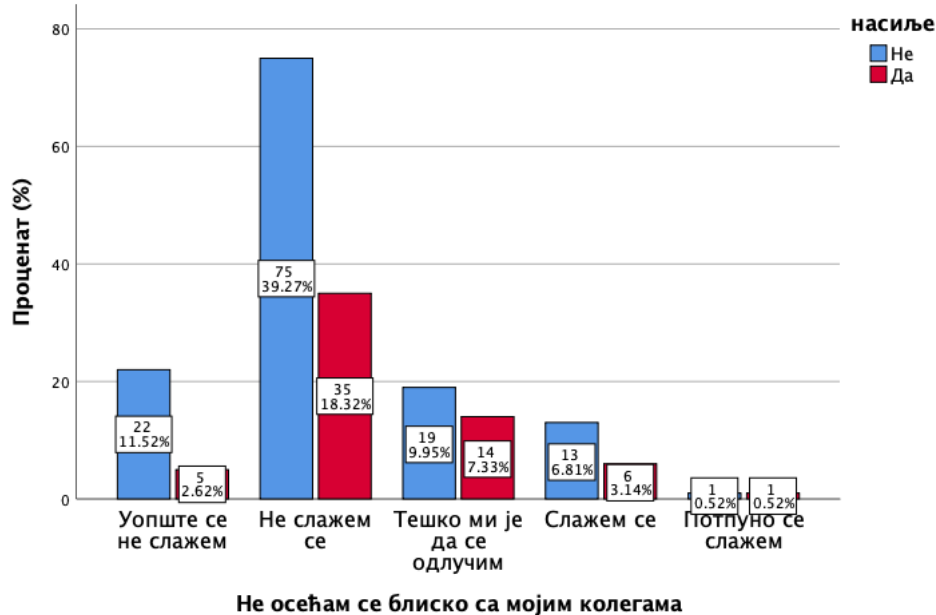


Такође у групи која није искусила насиље, већи је проценат испитаника који имају отворену комуникацију на послу (Графикон 63), али који немају близак однос са колегама на послу (Графикон 64). Поред тога у истој групи већа је учесталост одговора да менаџмент установе управља институцијом (Графикон 65) и да се напредује искључиво по заслугама (Графикон 66).

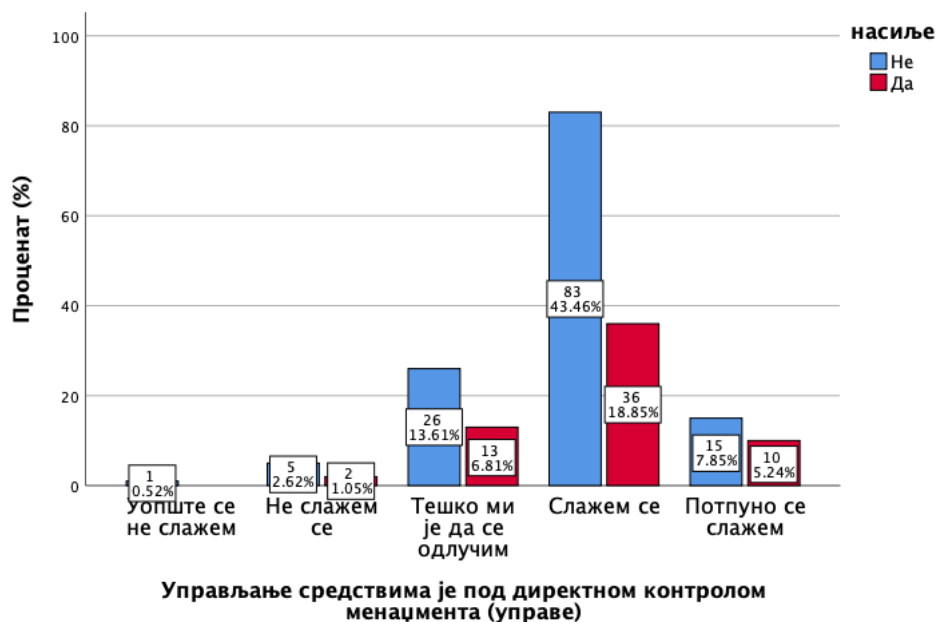
Графикон 63. Дистрибуција одговора на питање 33 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)



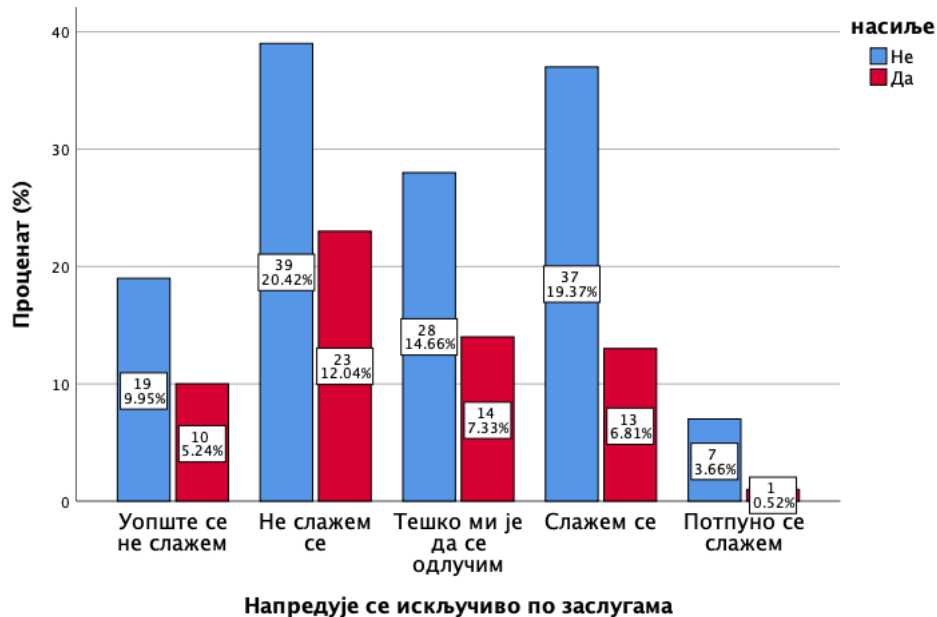
Графикон 64. Дистрибуција одговора на питање 34 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)



Графикон 65. Дистрибуција одговора на питање 35 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)

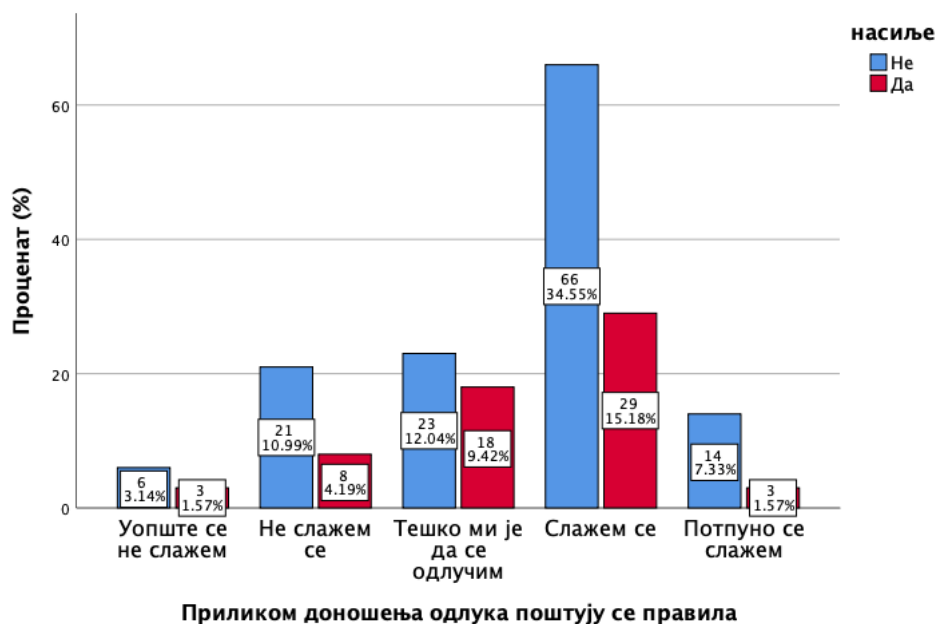


Графикон 66. Дистрибуција одговора на питање 36 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)

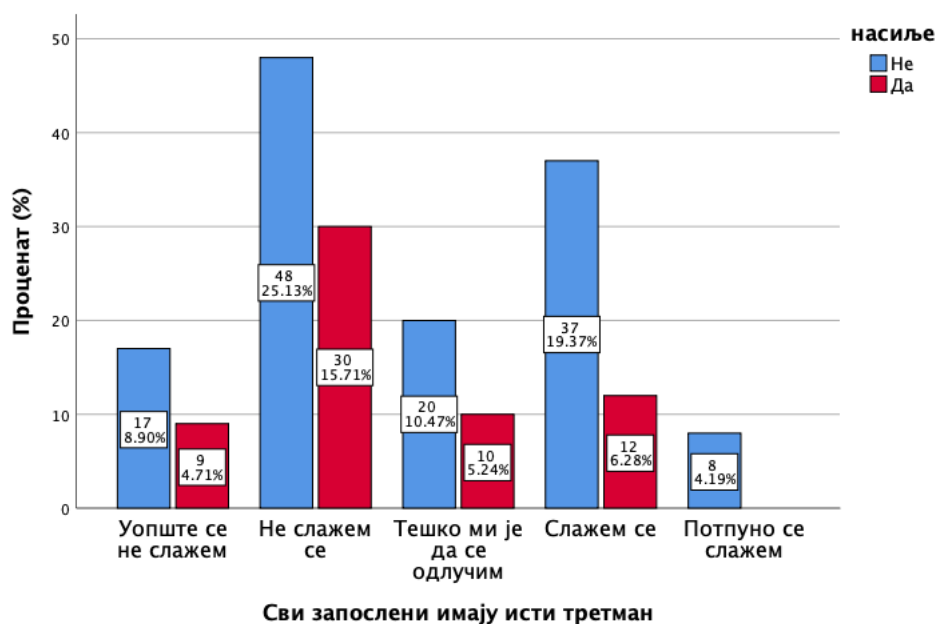


Исто, група без насиља има већи проценат одговора на то да се приликом доношења одлука поштују правила (Графикон 67), и да сви запослени имају исти третман (Графикон 68), и да постоји фаворизовање запослених (Графикон 69).

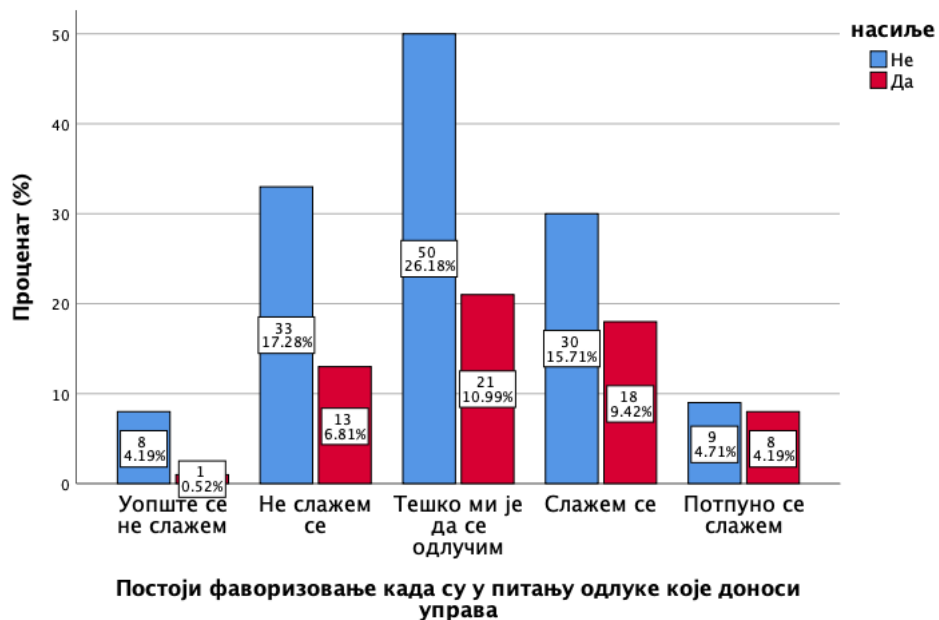
Графикон 67. Дистрибуција одговора на питање 37 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)



Графикон 68. Дистрибуција одговора на питање 38 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)

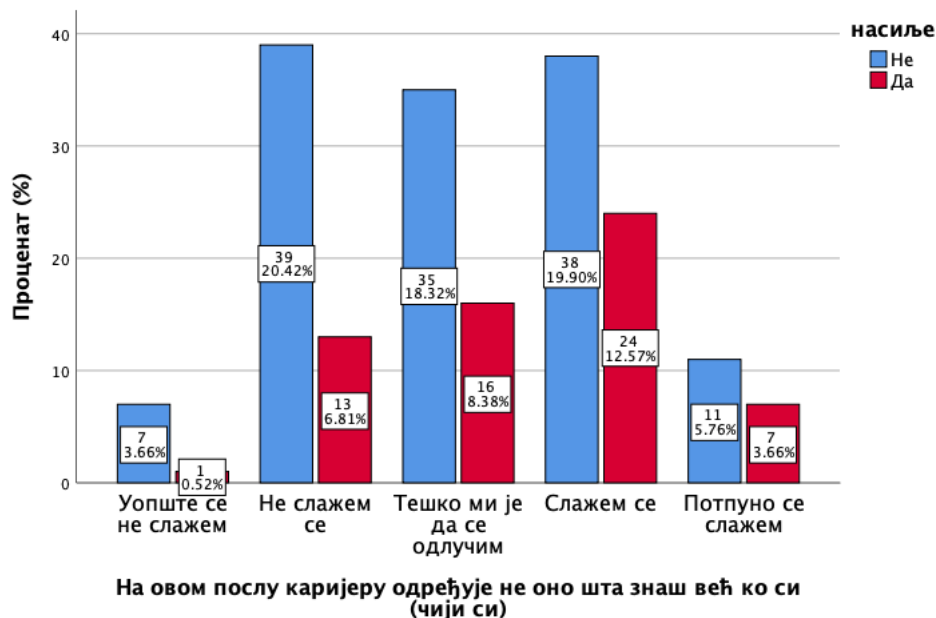


Графикон 69. Дистрибуција одговора на питање 39 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)

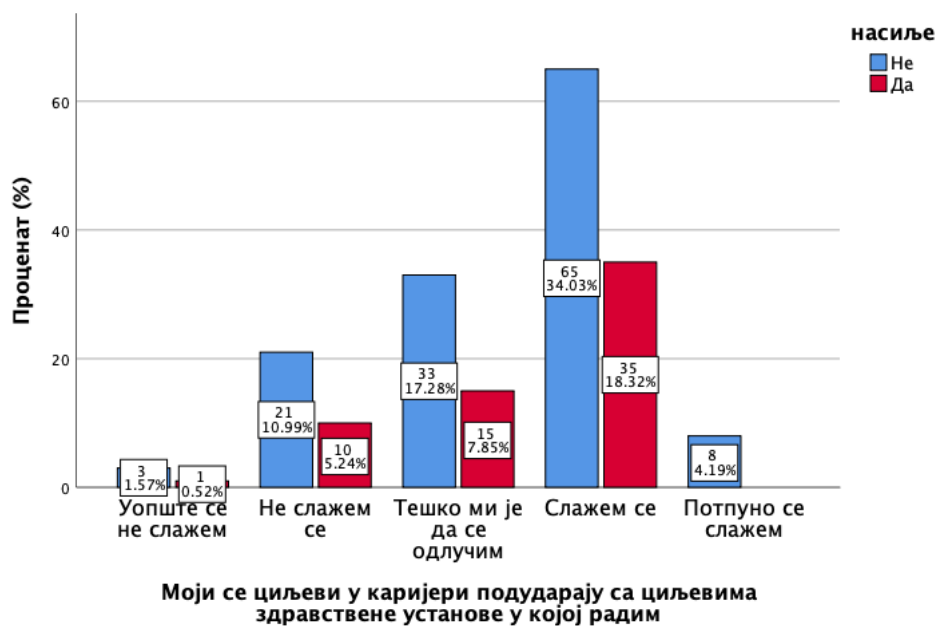


Група без насиља има већи проценат мишљења да се напредује са фаворизовањем (Графикон 70), и да се циљеви поклапају са циљевима установе (Графикон 71), као и да се систем вредности не разликује од система установе (Графикон 72).

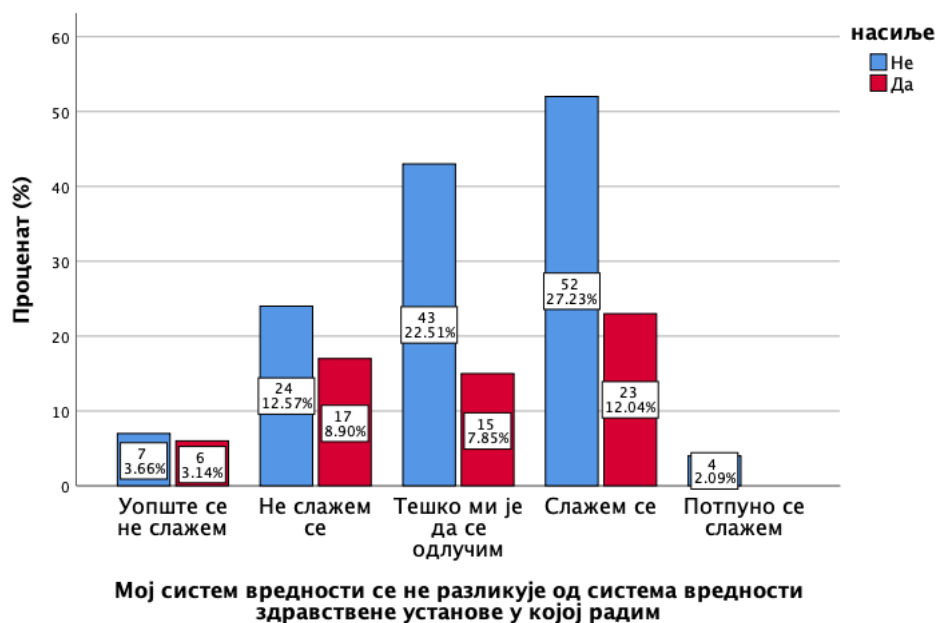
Графикон 70. Дистрибуција одговора на питање 40 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)



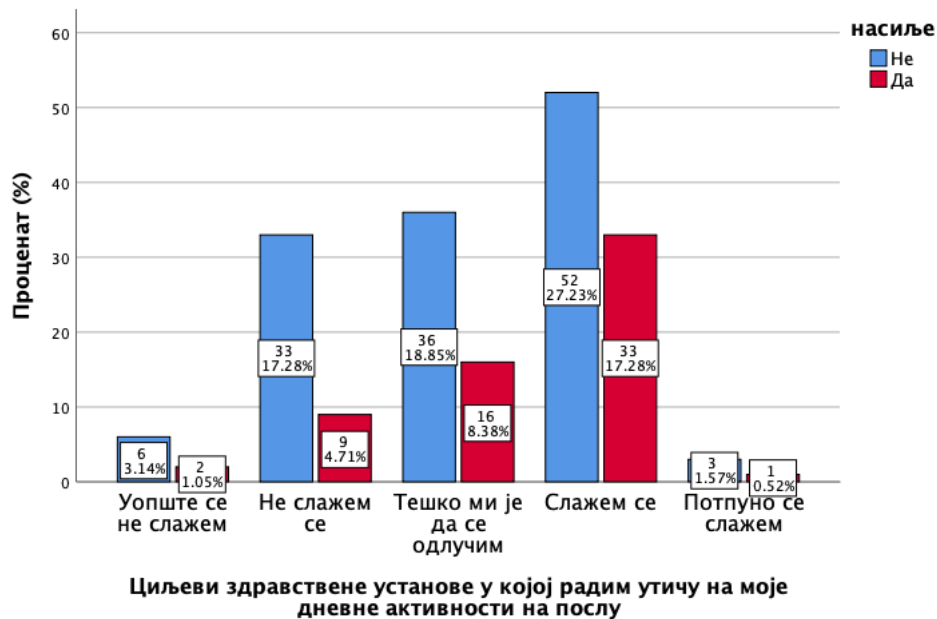
Графикон 71. Дистрибуција одговора на питање 41 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)



Графикон 72. Дистрибуција одговора на питање 42 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)

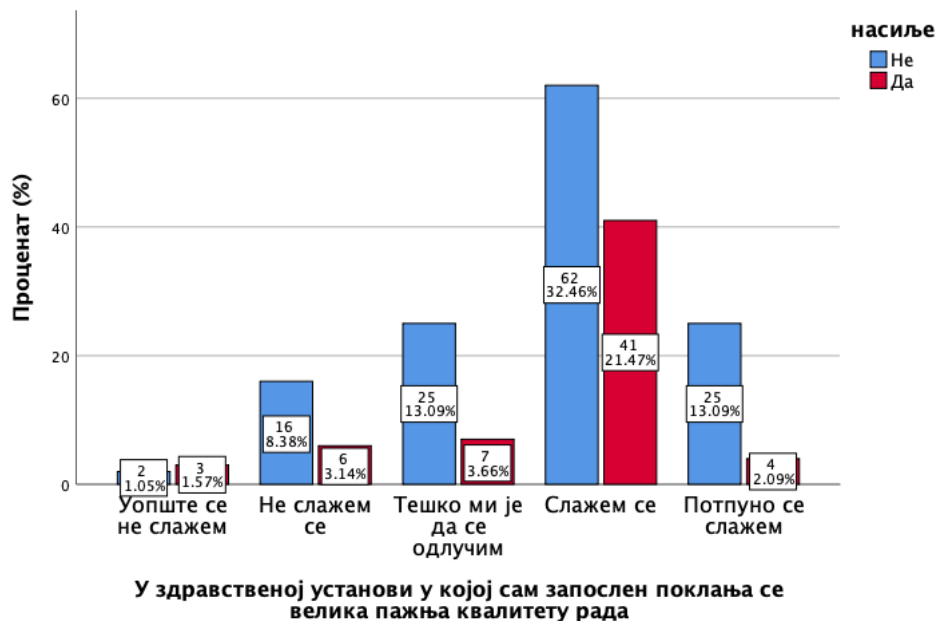


Графикон 73. Дистрибуција одговора на питање 43 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)

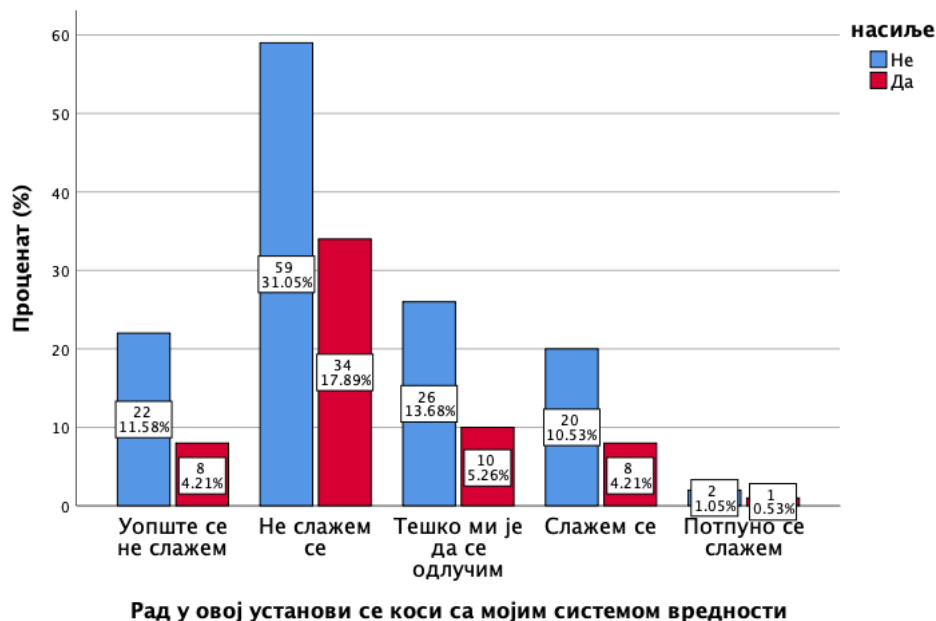


У групи испитаника без насиља више је одговора испитаника који се односе на то да се у установи придаје важност квалитету рада (Графикон 74), али и да се рад у датој установи коси са личним ставовима испитаника (Графикон 75).

Графикон 74. Дистрибуција одговора на питање 44 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)



Графикон 75. Дистрибуција одговора на питање 45 у групи која је имала насиље на послу и групи која није имала. Резултати су приказани у виду учесталости у процентима (%)



ДИСКУСИЈА

5. ДИСКУСИЈА

Циљ ове студије јесте утврђивање преваленције насиља, карактеристика насиља и агресора као и испитивање фактора и последица који могу бити повезани са изложеношћу насиљу у популацији лекара, медицинских сестара и техничара у психијатријским установама у Републици Србији.

Здравствени радници су у великом ризику од насиља широм света, а отприлике 30% њих пати од неке врсте насиља у неком тренутку своје каријере (131-142). Постоји категорија здравствених радника који су директно укључени у бригу о пацијентима, јединице хитне помоћи, додатне медицинске активности и ретке интеракције са пацијентима. У свим тим ситуацијама, насиље над било којим здравственим радником је неприхватљиво. Постоји много стратегија које регулише Светска здравствена организација и свака институција, али све ове процедуре још увек нису довољне да се смањи укупна количина било које врсте насиља. Није изненађујуће да психијатријски радници имају највећу стопу инциденце не-фаталних повреда, више од 10 пута у односу на друге здравствене раднике и болнице. Поред тога, установе за палијативну негу и кућну негу доживљавају повећане стопе насиља, око 75% веће од стопе насиља у болницама (131-142).

У нашем истраживању, од укупног броја учесника (n=191), њих 104 никада није доживело физичко насиље, док је више од пет пута било чак 20 здравствених радника (10,5%). Вербално насиље је чешће, једном доживљено код 23 и више од пет пута код 53 здравствена радника. Такође, претње су биле слично честе као и приговор здравственим радницима, а само 42,9% учесника никада није имало то искуство. Притужбе су мање учестале међу испитиваном популацијом, а 150 (78,5%) није искусило ову врсту насиља. Дефинитивно је преваленца било које врсте насиља у нашој студијској популацији здравствених радника висока, а више од половине учесника је било погођено неком врстом агресије према њима.

Многобројни фактори доприносе појави насиља над здравственим радницима и већина напада долази од пацијената или чланова њихове породице који врло често имају неку од менталних болести. Према подацима, најчешће агресори имају историју насилничког понашања или проблематичне бихевиоралне навике попут конзумирања дроге или алкохола (143-149). Здравствени радници су посебно изложени насиљу, нарочито у службама хитне помоћи, психијатријским одељењима, као и у службама породичне медицине у кућне неге. У једној студији у Америци, 75% људи запослених у хитној помоћи је пријавио вербално насиље, а 21% физичко насиље. Нарочито је висока стопа насиља у установама где се ради са зависницима, преступницима, ментално болесним особама (психозе, деменција, анксиозност) као и наоружаним особама. Литературни подаци наводе да су као главни узрок насиља описане појаве попут незадовољство чекањем на здравствену услугу, гужва у чекаоници као и лоша комуникација са здравственим особљем (143-149).

У студији проведеној 2009. године у Ал-Хасију, Саудијска Арабија, утврђено је да је око 28% од 1091 радника који су проучавани били изложени барем једном насилном догађају у претходној години; 92,1% тога било је емоционално, а 7,9% физички повређено (150). Друга студија спроведена 2012. године у Палестини, и показала је да је око 80,4% лекара и медицинских сестара изјавило да су биле жртве насиља у претходних 12 месеци (151). Неки од многих разлога били су недостатак политике/поступка

пријављивања инцидената и подршке руководства, као и претходно искуство у недостатку рада против починитеља и страх од негативних последица.

И друге претходне студије су објавиле сличне резултате. Алсалем А је спровео студију у којој је одговорило укупно 738 здравствених радника (стопа одговора 92%). Просечна старост била је $31 \pm 7,7$ година (распон 21–60), а већина (64,9%) су биле жене, а 69,4% су били Саудијци. Више од половине (57,5%) је бар једном доживело неко насиље на радном месту. Вербални напади и шамари били су најчешћи облик насиља на радном месту (58%) (152-155).

У нашем истраживању, у групи учесника који су имали физички напад у историји, већина њих је након инцидента потражила помоћ (98,8%). Такође, код већине су примећени симптоми који су трајали 1–7 дана, али је и одређен број испитаника имао симптоме дуже од 90 дана (2,3%) (Табела 3). По врстама симптома, резултати су различити, од анксиозности до несанице, раздражљивости и губитка памћења, који такође траје више дана (Табела 3). Агресор је у већини случајева био пацијент (87,4%) и није био упадљив (79,2%). Основни разлог за било какав инцидент против здравствених радника је непознат (71,3%), а остали разлози су се односили на систем здравствене заштите, правила, пријем и отпуст, односно прописану/примењену терапију (Табела 3). Физички напад се састојао од гребња/гурања у већини случајева (26,4%) у пределу главе и врата (26,3%). Последице напада су се заснивале на ожиљцима (17,2%), модрицама (2,4%) и лекарским саветима и помоћи (28,7%) (Табела 3). Подаци из литературе такође сугеришу да је преваленца насиља на радном месту била 58,7%; физичко насиље је било 20,8%; вербално насиље је било 66,8%; а сексуално узнемиравање је било 10,5% (156, 157).

Дефинитивно, агресија би могла бити директно негативно понашање као што су ударање, шутирање, уједање и гурање итд. Поред тога, агресија може попримити индиректан облик као што је задиркивање, малтретирање, ширење гласина, прозивање или игнорисање некога. Једна од претходних студија описала је карактеристике агресора (158). Што се тиче агресора, највећи проценат су били мушкарци агресори са само основном школом (45,9%), корисници илегалних супстанци (60,4%) и само-запослени/хонорарни радници (72,4%). Што се тиче класификације повреда забележен је 971 случај повреда које се сматрају лаким, 23 тешких и 6 веома тешких повреда (158, 159).

У нашој студији, будући да су већина жртва биле жене, а већина агресора били су мушки пацијенти, постоје одређене специфичности насиља над женама. Родни стереотипи се понекад користе у покушају да се оправда насиље над женама. Културне норме често налажу да мушкарци буду агресивни, контролишу и доминантни, док су жене послушне, подложне и ослањају се на мушкарце као на даваоце услуга (42, 43, 160).

Насиље над женским полом, представља начин кршења људских права и дискриминације засновано на родној разлици и врло је често удружено са насиљем на раду. Због своје комплексности, неретко је готово немогуће га раздвојити од друге врсте насиља. Резултати оваквог насиља могу се огледати у физичком, сексуалном или психичком насиљу (161). Жене широм света су непропорционално погођене родно заснованим насиљем, укључујући сексуално узнемиравање и напад на послу. Милиони радница су приморани да раде у застрашујућем, непријатељском или понижавајућем окружењу и доживљавају различите нежељене облике сексуалног понашања. Од жена се траже сексуалне услуге, изложене су неприкладним шалама, инсинуацијама и коментарима, као и нежељеном физичком контакту који може представљати напад. Упркос огромним размерама, сексуално узнемиравање на послу и даље је недовољно

пријављено због страха од неверице, кривице, друштвене или професионалне одмазде, одмазде у грађанским или кривичним тужбама или губитка статуса легалног боравка (162-164).

Рад на тему „Насиље над радницама мигрантима на Тајланду“ показао је ситуацију радница мигранткиња на Тајланду, зашто морају да долазе на Тајланд, какав посао раде, како их послодавац злоставља и експлоатише у многим врстама насиље и како тајландска влада успева да реши проблеме и помогне им (165). Израз или дефиниција „насиља над женама – насиља над женама“ и „дискриминације над женама“ је дат и заснован је на дефиницији која је наведена у Декларацији о елиминацији насиља над женама и Конвенцији о елиминацији свих облика дискриминације над женама (ЦЕДАВ). Другим речима, насиље над женама је јасно кршење инхерентних људских права жена укључујући права на живот, слободу и безбедност личности, једнакост, једнаку законску заштиту и слободу од свих облика дискриминације. Више од сто хиљада жена илегалних миграната ради на Тајланду. Они долазе из земаља у под-региону Меконг, а то су Мјанмар Лао ПДР, Камбоџа, Вијетнам и Кина (провинција Јунан). Пошто долазе илегално и имају низак ниво образовања и радних вештина, рањиви су на експлоатацију, злостављање или се суочавају са насиљем. Углавном, раде у малим фабрикама, домаћим пословима и ресторанима. Они су присиљени на просјачење, присилну проституцију или раде у стању налик ропству. Основни узроци илегалне миграције и насиља над женама су међусобно повезани и јављају се иу земљама пошиљаоца иу земљама пријема радника миграната. Сиромаштво, потражња и понуда рада, ниво образовања, непознавање сопствених права, утицај капитализма и родна питања, помињу се као изворни фактори миграције и насиља над женама. Тајландска влада има националну политику, план, инструмент и мере за суочавање са имиграцијом радника на црно. Не само владине агенције су активне у решавању проблема и помоћи радницама мигрантима, већ и невладине и међународне организације као и агенције УН озбиљно раде на томе да им помогну и заштите њихова права (165).

Резултати овог истраживања су у сагласности са претходним. Литературни подаци доста наводе на значај заштите жена од насиља на радном месту и правовременог откривања у колективима (152, 160, 161).

Сара и сарадници су истраживали (166) стопу насиља над женама односно медицинским сестрама запосленим у јавној болници. Резултати тог истраживања показују да је 73,1% медицинских сестара пријавило да су доживеле неку врсту насиља у последњих 12 месеци; са 53,4% пати од физичког насиља, 57,3% од вербалног насиља и 26,9% од сексуалног насиља. Главни починиоци су наводно били мушки сарадници, пацијенти и пратиоци. Већи ризик за насиље укључује статус самца, исламску веру, именовање медицинских сестара за особље и студенте, привремени уговор са владом и додатно радно време увече и ноћу. Примарни одговор на насиље је био нечињење и ћутање. Такође је објављено да су жртве медицинске сестре искусиле умерене нивое емоционалних притужби након суочавања са насиљем. Резултати ове студије сугеришу да болнице у јавном сектору у региону треба да унапреде своју политику заштите и праћења насиља над медицинским сестрама. Потребно је успоставити тела за пријаву и саветовање како би се подстакли и жалбе и тражење медицинске помоћи након виктимизације (166).

Још једна студија спроведена у Камбоџи током 2022. године (167). Аутори су испитивали повезаност између родно заснованог насиља и симптома депресије међу

радницама у Камбоџи. У студији је употребљена скала депресије Центра за епидемиолошке студије за мерење симптома депресије. Пропорције испитаница које су доживеле емоционално, физичко и сексуално насиље биле су 36,1%, 11,6% и 17,2%, респективно. Од укупног броја учесника, 65,9% је имало висок ниво симптома депресије. Мањи број испитаника у овој студији искусили су високе нивое и преклапајуће типове родно заснованог насиља повезаног са високим нивоима симптома депресије. Политичке интервенције и услуге треба да буду осмишљене тако да спрече насиље и дискриминацију и подрже жртве да ублаже симптоме депресије (167).

Још једна интересантна студија спроведена у Италији (168). Ретроспективна опсервациона студија спроведена је у комплексу од четири међусобно повезане болнице које се налазе у северној Италији. У овој студији анализирани су подаци о агресивности из 4-годишњег периода 2015-2018 који су обухватили све категорије здравствених радника. Подаци су добијени из обрасца за пријаву агресије. Мушки здравствени радници старији од 30 година нису пријавили насилне епизоде које су се десиле на радном месту, док су радници са 6-15 година радног искуства пријавили више насилних епизода него њихове колеге жене. Међу професијама, медицинска сестра је била професија у којој су здравствени радници били склонији да доживе насилну епизоду, док су мушки лекари били склонији да пријаве насилне епизоде него докторке. Штавише, жене радници су доживеле више вербалног насиља него мушки, док су радници мушког пола доживели више физичког насиља него жене здравствени радници. Резултати ове експлоративне студије сугеришу да постоји родна разлика у карактеристикама насиља на радном месту које врше пацијенти, рођаци пацијената и посетиоци и у начину на који су те епизоде описане. Сходно томе, важно је да се на информативним и превентивним курсевима узму у обзир родне разлике у доживљавању насилне епизоде (168).

У Бразилу је истраживан утицај пола и радног искуства на појаву насиља на радном месту (169). Наше истраживање је имало задатак да истражи насиљу којем су изложене здравствени радници и да ли жене здравствени радници доживљавају и/или перципирају насиље на исти начин као и мушкарци здравствени радници. Структурирани упитник је коришћен за прикупљање информација од здравствених радника. Упоредјена су два периода (2019. [n=1402] и 2021. [n=364]). Подаци показују да је више од 80% здравствених радника било изложено насиљу, било као жртве или сведоци у заједници којој су служили. Уопштено говорећи, док је појава насиља према здравственим радницима смањена, њихова перцепција насиља у заједници се повећала. Временом, перцепција насиља у граду/заједници остала је константна међу мушкарцима здравственим радницима, али се повећала међу женама здравственим радницима. Међу мушкарцима здравственим радницима, перцепција се само повећала у вези са нападом на предмет. С обзиром на сложеност насиља и његове реперкусије на свакодневну рутину особа са инвалидитетом, потребна су међу-секторска и интердисциплинарна партнерства између здравствених радника и других заинтересованих страна како би се створиле стратегије које могу да се носе са појавом насиља на територијама којима се служи (169).

Затим у нашем истраживању, проценили смо разлоге и узроке насиља међу испитиваном популацијом. Посматрали смо статистичку значајност пола, старости, радног статуса (стално/одређено) и професионалног статуса (лекар/медицински техничар/радник итд.) на учесталост физичког напада (Табела 4). Искуство на тренутној радној позицији је било статистички значајно у одређивању разлога за напад; брачно стање, рођење деце, радно искуство и професионални статус били су повезани са тражењем медицинске помоћи након инцидента. Занимљиво је да ниједан од тестираних

параметара није био значајан да детерминише врсту напада или захтев за правну помоћ (табела 4).

Кинески научници су испитивали факторе који утичу на насиље на радном месту, а неки од њих били су необучени радници, ниске комуникационе вештине и одсуство тактике реаговања (156). Друга мета-анализа, која је обухватила 27 релевантних публикација, потврдила је да недостатак информација, недовољно особља и опреме и кварови у комуникацији повећавају ризик од насилног понашања у здравственим службама (156).

У другом делу студије испитивали смо стрес на радном месту у односу на појаву насиља на радном месту. „Стрес је реакција на ситуацију – не ради се о стварној ситуацији. Обично се осећамо под стресом када мислимо да су захтеви ситуације већи од наших ресурса да се носимо са том ситуацијом. На пример, неко ко се осећа пријатно да говори у јавности можда неће бринути о одржавању презентације, док неко ко није сигуран у своје вештине може да осети велики стрес због предстојеће презентације. Уобичајени извори стреса могу укључивати велике животне догађаје, попут пресељења или промене посла. Дугорочне бриге, попут дуготрајне болести или родитељства, такође могу бити стресне. Чак и свакодневне невоље попут суочавања са саобраћајем могу бити извор стреса.

Стрес на послу може бити узрокован лошом организацијом рада (начин на који дизајнирамо послове и системе рада и начин на који управљамо њима), лошим дизајном рада (на пример, недостатак контроле над радним процесима), лошим управљањем, незадовољавајућим радом, услови и недостатак подршке колега и супервизора. Међутим, живимо у савременом добу које са собом доноси и нови термин, послом-узрокован стрес (енг. *work-related stress*). Стрес на послу је растући проблем широм света који утиче не само на здравље и добробит запослених, већ и на продуктивност организација. Стрес везан за посао настаје када радни захтеви различитих врста и комбинација превазилазе капацитет и способност особе да се носи са собом. Стрес на послу је друга најчешћа компензована болест/повреда у Аустралији, после мишићно-скелетних поремећаја (132, 159).

Стрес на послу може бити узрокован разним догађајима. На пример, особа се може осећати под притиском ако су захтеви њеног посла (као што су сати или одговорности) већи него што она може удобно да обавља. Други извори стреса на послу укључују сукобе са колегама или шефовима, сталне промене и претње сигурности посла, као што је потенцијални вишак. Према Националној комисији за здравље и безбедност, стрес везан за посао представља најдужи део одсуства. Оно што једна особа може схватити као стресно, друга може сматрати изазовним. Да ли особа доживљава стрес на послу зависи од посла, психолошког састава те особе и других фактора (као што су лични живот и опште здравље). Сва следећа питања су идентификована као потенцијални стресори на радним местима. Приступ управљања ризиком ће идентификовати који постоје на вашем радном месту и шта их узрокује. Стресори могу укључивати: организациона култура, лоше праксе управљања, садржај и захтеве посла, радно окружење, односи на послу, управљање променама, недостатак подршке, сукоб улога и трауме (114, 123, 144, 159).

Запослени треба да брину о сопственом здрављу и добробити на послу. Ако доживљавају стрес, требало би да обавесте и разговарају са надрешенима. Знаци стреса могу укључивати: слаба концентрација, тешко доносити одлуке, бити раздражљив или брз, плачљивост, умор, лоше расположење, избегавање друштвених догађаја. Ако

послодавац или запослени примете знаке стреса, може бити од помоћи неформални разговор. Ово им може помоћи да схвате како се особа осећа и каква јој је подршка потребна. Добијање помоћи може спречити озбиљније проблеме (114, 123, 144, 159).

Околности под којима се нега пружа у здравственим установама чине здравствене раднике посебно рањивим на насиље на послу. Фактори који узрокују повећану учесталост насиља према здравственим радницима могу се сажети на следећи начин: Здравствени радници долазе у директан контакт са широким спектром људи који су под стресом због бола или болести, медицинско особље брине о људи који су збуњени или емоционално нестабилни, понекад здравствено особље мора да пружа негу у осамљеним подручјима и током дијагностичких или терапијских интервенција, а медицинско особље често изводи интервенције које захтевају блиски физички контакт, здравствено особље долази у контакт са породицама пацијената који су често под интензивним емоционалним набојем због тешке трауме, менталног поремећаја, ожалошћености итд.

Насиље на радном месту има значајан негативан утицај на здравствене раднике јер утиче на њихово психичко и физичко здравље, што доводи до финансијских и друштвених трошкова за запослене, организације и друштва. На нивоу запослених, на квалитет радног живота негативно утиче присуство узнемирујућих догађаја као што је насиље на послу, које може умањити добробит и учинак запослених.

Присуство стресора на послу које исцрпљује ресурсе (нпр. насиље на радном месту) које доводи до стреса на послу може значајно да минимизира учинак здравствених радника и утиче на њихов квалитет неге. Ово се дешава када је ниво захтева за послом већи од нивоа попуњених ресурса за посао. Јасно је да ако лекари, медицинске сестре не могу да се супротставе великим стресним условима и имају мање ресурса да надокнаде губитак ресурса, они могу доживети исцрпљивање енергије и професионалне ефикасности. Последице, ово може да подри њихову мотивацију и задовољство послом, утичући на квалитет неге. Претходне студије су показале да инциденти насиља могу довести до негативних емоционалних исхода као што је стрес на послу који може утицати на квалитет неге (115, 121, 145, 167).

Ограничење ове студије лежи у дизајну студије пресека, који некада није могао бити довољан за препознавање и праћење жртава и агресора и проналажење узрочно последице везе. С друге стране, истраживање је спроведено у строго одабраним специјализованим психијатријским установама које представљају посебно радно место за све здравствене раднике и где је веома тешко доћи до било каквих информација о потенцијалном насиљу. Због ових чињеница, сматрамо да је то главна снага наше студије.

Ово истраживање нам даје нове информације о распрострањености, карактеристикама и потенцијалним факторима насиља у психијатријским установама и међу здравственим радницима, будући да је ова популација у специфичним условима рада. Наиме, када је у питању насиље на радном месту у здравственом сектору, уколико се не предузму одговарајуће заштитне мере, овај проблем може постати глобални феномен који нарушава мир и стабилност у таквим срединама, што у крајњој линији може да угрози здравље и добробит становништва. ризик.

Поред тога, ова студија указује на значај превенције насиља над здравственим радницима у психијатријским установама у Републици Србији и указује на неопходност интервенција у циљу заштите запослених у виду обуке, пружања мера физичке заштите, раног откривања запослених изложених вербалном насиљу као потенцијалног

претходника. физичком насиљу, формирању политике заштите запослених и већој подршци надређених (97).

Учесталост насиља над здравственим радницима је веома висока, посебно у погледу физичког напада и претњи на радном месту. Већина жртава су жене које раде као медицински техничари и нападају их мушки пацијенти непознате мотивације. Потребне су бројне промене у структури и организационој култури болнице. Сви запослени у болници, послодавци, пацијенти и њихове породице деле одговорност за стварање безбедног радног места. Будући правци истраживања на ову тему морају бити усмерени на проналажење стратегија за насиље међу здравственим радницима и унапређење здравственог система и објеката у психијатријским установама. Насиље над здравственим радницима у психијатрији је у порасту; запослени у психијатријским установама заслужују адекватну заштиту и бољу сигурност на радном месту.

Штетни ефекти, углавном психолошки утицај насиља на радном месту на погођене запослене у здравству, један су од најкритичнијих разлога због којих се мора решити пре него што ескалира до виших стопа изостајања или даље утиче на укупни учинак здравствених радника. То ће имати још негативније импликације на здравствени сектор када је особље већ мало, а оптерећење пацијената и даље неумољиво расте.

Ипак, још увек има много простора за побољшање свести и способности о насиљу на радном месту. Постоји суштинска потреба за јаким заједничким напорима, подршком и посвећеношћу највишег менаџмента и радника да се заштите. Не постоји јединствена смерница која је погодна за сва подешавања. Стога, менаџмент сваке здравствене установе треба да креира или прилагоди и успостави практичан, прихватљив и одржив програм превенције насиља на радном месту. Требало би да буде у складу са потребама њиховог окружења, користећи доступне смернице или препоруке СЗО, ИЛО, ДОСХ и истраживања заснована на доказима.

На основу свега претходно наведеног, неопходно је ојачати мере превенције свих врста насиља. У условима који нису хитни, интервенције за спречавање насиља над здравственим радницима се фокусирају на технике за боље управљање агресивним пацијентима и посетиоцима високог ризика, док су у хитним околностима интервенције више усмерене на обезбеђивање физичке безбедности здравствених установа [6]. Неке од мера превенције и контроле у редоследу ефикасности су; (1) замена премештањем клијента или пацијента са историјом насилног понашања у прикладнију безбеднију установу или подручје [13]; (2) мере инжењерске контроле које укључују инсталирање заштите баријера, детектора метала и безбедносних алармних система, доделу погодних простора за пацијенте или посетиоце и чисте излазне путеве, (3) административне контроле и контроле праксе на радном месту које укључују имплементацију одговора на насиље на радном месту и политике нулте толеранције, способност решавања конфликтне ситуације, успостављање система обавезног благовременог извештавања, обезбеђивање запослених не раде сами, дијаграм тока за процену и реаговање у ванредним ситуацијама; (4) процедуре и услуге након инцидента које укључују саветовање у случају трауме у кризним ситуацијама, критичне информације о стресу и програме помоћи запосленима; (5) обука о безбедности и здрављу како би се осигурало да су сви чланови особља свесни потенцијалних опасности и како да заштите себе и своје сараднике кроз утврђене политике и процедуре (97, 143).

Осим тога, међународне или регионалне професионалне организације, друштва и удружења играју суштинску улогу у подршци, учешћу, као и доприносу иницијативама

и механизмима који имају за циљ минимизирање и елиминисање потенцијалних ризика од насиља на радном месту у здравственим установама.

ЗАКЉУЧЦИ

6. ЗАКЉУЧАК

На основу претходно наведеног, можемо извести следеће закључке:

- i. У нашем истраживању, од укупног броја учесника (n=191), њих 104 никада није доживело физичко насиље, док је више од пет пута било чак 20 здравствених радника (10,5%).
- ii. Вербално насиље је чешће, једном доживљено код 23 испитаника и више од пет пута код 53 здравствена радника. Такође, претње су биле слично честе као и приговор здравственим радницима, а само 42,9% учесника никада није имало то искуство. Преваленца било које врсте насиља у нашој студијској популацији здравствених радника је висока, више од половине учесника је било погођено неком врстом агресије.
- iii. Уочавамо статистичку значајност пола, старости, радног статуса и професионалног статуса на учесталост физичког напада.
- iv. Радно искуство је статистички значајно у детерминисању разлога напада, а брачно стање, потомство, радно искуство и професионални статус повезани су са тражењем медицинске помоћи након инцидента.
- v. Код већине испитаника су примећени симптоми који су трајали 1–7 дана, али је и одређен број испитаника имао симптоме дуже од 90 дана (2,3%)
- vi. По врстама симптома, резултати су различити, од анксиозности до несанице, раздражљивости и губитка памћења, који такође трају више дана.
- vii. Агресор је у већини случајева био пацијент (87,4%) и није био упадљив (79,2%). Основни разлог за било какав инцидент против здравствених радника је непознат (71,3%), а остали разлози су се односили на систем здравствене заштите, правила, пријем и отпуст, односно прописану/примењену терапију. Физички напад се састојао од гребања/гурања у већини случајева (26,4%) у пределу главе и врата (26,3%). Последице напада су се заснивале на ожиљцима (17,2%), модрицама (2,4%) и медицинским саветима и помоћи (28,7%)
- viii. Стрес на радном месту важан је фактор ризика за настанак насиља на радном месту нарочито у погледу психолошке агресије.
- ix. Насиље на радном месту има значајан негативан утицај на здравствене раднике јер утиче на њихово психичко и физичко здравље, што доводи до финансијских и друштвених трошкова за запослене, организацију и друштво.
- x. На квалитет радног живота негативно утиче присуство узнемирујућих догађаја као што је насиље на послу, и може умањити добробит и учинак запослених.
- xi. Веома присутан је психолошки утицај насиља на радном месту на самог запосленог али и још негативније импликације на здравствени сектор.
- xii. Још увек има много простора за побољшање свести и значају о насиља на радном месту.
- xiii. Постоји суштинска потреба за јаким заједничким напорима, подршком и посвећеношћу свих нивоа у здравственом сектору како би се здравствени радници заштитили.

7. ЛИТЕРАТУРА

1. Al-Qadi MM. Workplace violence in nursing: A concept analysis. *J Occup Health*. 2021 Jan;63(1):e12226. doi: 10.1002/1348-9585.12226. Erratum in: *J Occup Health*. 2021 Jan;63(1):e12301.
2. Kumari A, Kaur T, Ranjan P, Chopra S, Sarkar S, Baitha U. Workplace violence against doctors: Characteristics, risk factors, and mitigation strategies. *J Postgrad Med*. 2020 Jul-Sep;66(3):149-154. doi: 10.4103/jpgm.JPGM_96_20.
3. Wirth T, Peters C, Nienhaus A, Schablon A. Interventions for Workplace Violence Prevention in Emergency Departments: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Aug 10;18(16):8459. doi: 10.3390/ijerph18168459.
4. Kafle S, Paudel S, Thapaliya A, Acharya R. Workplace violence against nurses: a narrative review. *J Clin Transl Res*. 2022 Sep 13;8(5):421-424.
5. Lim MC, Jeffree MS, Saupin SS, Giloi N, Lukman KA. Workplace violence in healthcare settings: The risk factors, implications and collaborative preventive measures. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022 May 13;78:103727. doi: 10.1016/j.amsu.2022.103727.
6. D'Ettorre G, Pellicani V, Mazzotta M, Vullo A. Preventing and managing workplace violence against healthcare workers in Emergency Departments. *Acta Biomed*. 2018 Feb 21;89(4-S):28-36. doi: 10.23750/abm.v89i4-S.7113.
7. Bambi S, Foà C, De Felippis C, Lucchini A, Guazzini A, Rasero L. Workplace incivility, lateral violence and bullying among nurses. A review about their prevalence and related factors. *Acta Biomed*. 2018 Jul 18;89(6-S):51-79. doi: 10.23750/abm.v89i6-S.7461.
8. Caruso R, Toffanin T, Folesani F, Biancosino B, Romagnolo F, Riba MB, McFarland D, Palagini L, Belvederi Murri M, Zerbinati L, Grassi L. Violence Against Physicians in the Workplace: Trends, Causes, Consequences, and Strategies for Intervention. *Curr Psychiatry Rep*. 2022 Dec;24(12):911-924. doi: 10.1007/s11920-022-01398-1.
9. Pagnucci N, Ottonello G, Capponi D, Catania G, Zanini M, Aleo G, Timmins F, Sasso L, Bagnasco A. Predictors of events of violence or aggression against nurses in the workplace: A scoping review. *J Nurs Manag*. 2022 Sep;30(6):1724-1749. doi: 10.1111/jonm.13635. Epub 2022 May 26.
10. Bambi S, Guazzini A, De Felippis C, Lucchini A, Rasero L. Preventing workplace incivility, lateral violence and bullying between nurses A narrative literature review. *Acta Biomed*. 2017 Nov 30;88(5S):39-47. doi: 10.23750/abm.v88i5-S.6838.
11. Bambi S, Guazzini A, De Felippis C, Lucchini A, Rasero L. Preventing workplace incivility, lateral violence and bullying between nurses A narrative literature review. *Acta Biomed*. 2017 Nov 30;88(5S):39-47. doi: 10.23750/abm.v88i5-S.6838.
12. Capper TS, Thorn M, Muurlink OT. Workplace violence in the Australian and New Zealand midwifery workforce: A scoping review. *J Nurs Manag*. 2022 Sep;30(6):1831-1842. doi: 10.1111/jonm.13766.
13. Escribano RB, Beneit J, Luis Garcia J. Violence in the workplace: some critical issues looking at the health sector. *Heliyon*. 2019 Mar 2;5(3):e01283. doi: 10.1016/j.heliyon.2019.e01283..
14. Nelson S, Leslie K, McCormick A, Gonsalves J, Baumann A, Thiessen NJ, Schiller C. Workplace Violence Against Nurses in Canada: A Legal Analysis. *Policy Polit Nurs Pract*. 2023 Nov;24(4):239-254. doi: 10.1177/15271544231182583.
15. Xiao Y, Chen TT, Zhu SY, Zong L, Du N, Li CY, Cheng HF, Zhou Q, Luo LS, Jia J. Workplace violence against Chinese health professionals 2013-2021: A study of national criminal judgment documents. *Front Public Health*. 2022 Oct 19;10:1030035. doi: 10.3389/fpubh.2022.1030035.
16. Dora SSK, Batool H, Nishu RI, Hamid P. Workplace Violence Against Doctors in India: A Traditional Review. *Cureus*. 2020 Jun 20;12(6):e8706. doi: 10.7759/cureus.8706.
17. Gray P, Senabe S, Naicker N, Kgalamono S, Yassi A, Spiegel JM. Workplace-Based Organizational Interventions Promoting Mental Health and Happiness among Healthcare

- Workers: A Realist Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Nov 11;16(22):4396. doi: 10.3390/ijerph16224396.
18. Edward KL, Ousey K, Warelou P, Lui S. Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *Br J Nurs*. 2014 Jun 26-Jul 9;23(12):653-4, 656-9. doi: 10.12968/bjon.2014.23.12.653.
 19. d'Ettorre G, Pellicani V. Workplace Violence Toward Mental Healthcare Workers Employed in Psychiatric Wards. *Saf Health Work*. 2017 Dec;8(4):337-342. doi: 10.1016/j.shaw.2017.01.004. Epub 2017 Feb 6.
 20. Rossi MF, Beccia F, Cittadini F, Amantea C, Aulino G, Santoro PE, Borrelli I, Oliva A, Ricciardi W, Moscato U, Gualano MR. Workplace violence against healthcare workers: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Public Health*. 2023 Aug;221:50-59. doi: 10.1016/j.puhe.2023.05.021
 21. Kumari A, Ranjan P, Sarkar S, Chopra S, Kaur T, Baitha U. Identifying Predictors of Workplace Violence Against Healthcare Professionals: A Systematic Review. *Indian J Occup Environ Med*. 2022 Oct-Dec;26(4):207-224. doi: 10.4103/ijoem.ijoem_164_21.
 22. Palma A, Ansoleaga E, Ahumada M. Violencia laboral en trabajadores del sector salud: revisión sistemática [Workplace violence among health care workers]. *Rev Med Chil*. 2018 Feb;146(2):213-222. Spanish. doi: 10.4067/s0034-98872018000200213.
 23. Rehan ST, Shan M, Shuja SH, Khan Z, Hussain HU, Ochani RK, Shaikh A, Ratnani I, Nashwan AJ, Surani S. Workplace violence against healthcare workers in Pakistan; call for action, if not now, then when? A systematic review. *Glob Health Action*. 2023 Dec 31;16(1):2273623. doi: 10.1080/16549716.2023.2273623.
 24. Yusoff HM, Ahmad H, Ismail H, Reffin N, Chan D, Kusnin F, Bahari N, Baharudin H, Aris A, Shen HZ, Rahman MA. Contemporary evidence of workplace violence against the primary healthcare workforce worldwide: a systematic review. *Hum Resour Health*. 2023 Oct 13;21(1):82. doi: 10.1186/s12960-023-00868-8.
 25. Stafford S, Avsar P, Nugent L, O'Connor T, Moore Z, Patton D, Watson C. What is the impact of patient violence in the emergency department on emergency nurses' intention to leave? *J Nurs Manag*. 2022 Sep;30(6):1852-1860. doi: 10.1111/jonm.13728.
 26. Gillespie GL, Gates DM, Miller M, Howard PK. Workplace violence in healthcare settings: risk factors and protective strategies. *Rehabil Nurs*. 2010 Sep-Oct;35(5):177-84. doi: 10.1002/j.2048-7940.2010.tb00045.x.
 27. Zhang X, Li Y, Yang C, Jiang G. Trends in Workplace Violence Involving Health Care Professionals in China from 2000 to 2020: A Review. *Med Sci Monit*. 2021 Jan 8;27:e928393. doi: 10.12659/MSM.928393.
 28. Hallett N, Gayton A, Dickenson R, Franckel M, Dickens GL. Student nurses' experiences of workplace violence: A mixed methods systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today*. 2023 Sep;128:105845. doi: 10.1016/j.nedt.2023.105845.
 29. Hou Y, Corbally M, Timmins F. Violence against nurses by patients and visitors in the emergency department: A concept analysis. *J Nurs Manag*. 2022 Sep;30(6):1688-1699. doi: 10.1111/jonm.13721.
 30. Recky C, Moynihan M, Maranghi G, Smith OM, PausJenssen E, Sanon PN, Provost SM, Hamilton CB. Evidence-Based Approaches to Mitigate Workplace Violence From Patients and Visitors in Emergency Departments: A Rapid Review. *J Emerg Nurs*. 2023 Jul;49(4):586-610. doi: 10.1016/j.jen.2023.03.002.
 31. Pourshaikhian M, Abolghasem Gorji H, Aryankhesal A, Khorasani-Zavareh D, Barati A. A Systematic Literature Review: Workplace Violence Against Emergency Medical Services Personnel. *Arch Trauma Res*. 2016 Jan 23;5(1):e28734.
 32. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018 Nov 29;26:e3069. doi: 10.1590/1518-8345.2450.3069.
 33. Civilotti C, Berlanda S, Iozzino L. Hospital-Based Healthcare Workers Victims of Workplace Violence in Italy: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 May 29;18(11):5860. doi: 10.3390/ijerph18115860.
 34. Nowrouzi-Kia B, Chai E, Usuba K, Nowrouzi-Kia B, Casole J. Prevalence of Type II and Type III Workplace Violence against Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *Int J Occup Environ Med*. 2019 Jul;10(3):99-110. doi: 10.15171/ijoem.2019.1573.

35. Reddy IR, Ukrani J, Indla V, Ukrani V. Violence against doctors: A viral epidemic? *Indian J Psychiatry*. 2019 Apr;61(Suppl 4):S782-S785. doi: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_120_19.
36. Grima D, La Torre G, Sernia S. What to remove from the work environment: the sick worker or the cause of his sickness? *Workplace bullying, a form of violence that causes sickness*. *Clin Ter*. 2023 May-Jun;174(3):303-308. doi: 10.7417/CT.2023.2538.
37. Bordignon M, Monteiro I. Considerations on the effectiveness of educational strategies in outcomes related to workplace violence. *Aten Primaria*. 2018 Aug-Sep;50(7):446-447. doi: 10.1016/j.aprim.2017.09.013. Epub 2018 Mar 21.
38. Wilson JL. An exploration of bullying behaviours in nursing: a review of the literature. *Br J Nurs*. 2016 Mar 24-Apr 13;25(6):303-6. doi: 10.12968/bjon.2016.25.6.303.
39. Moylan S. Occupational violence and staff safety in general practice. *Aust Fam Physician*. 2017 Dec;46(12):952-956.
40. Gabrovec B, Eržen I. Prevalence of violence towards nursing staff in Slovenian nursing homes. *Zdr Varst*. 2016 May 10;55(3):212-217. doi: 10.1515/sjph-2016-0027.
41. Alves AG, Cesar FCR, Barbosa MA, Oliveira LMAC, Silva EASD, Rodríguez-Martín D. Dimensões da violência do aluno contra o professor [Dimensions of student violence against the teacher]. *Cien Saude Colet*. 2022 Mar;27(3):1027-1038. Portuguese. doi: 10.1590/1413-81232022273.07002021.
42. <https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector/violence-harassment> последњи пут посећено 05-02-2024.
43. <https://www.workplaceviolence911.com> последњи пут посећено 05-02-2024.
44. Worke MD, Koricha ZB, Debelew GT. Prevalence of sexual violence in Ethiopian workplaces: systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*. 2020 Dec 9;17(1):195. doi: 10.1186/s12978-020-01050-2.
45. Lee H, Ryu YM, Yu M, Kim H, Oh S. A Qualitative Meta-Synthesis of Studies on Workplace Bullying among Nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Oct 29;19(21):14120. doi: 10.3390/ijerph192114120.
46. Kuppuswamy G, Warriar U. COVID-19 and Violence against doctors - Why a law is needed? *J Family Med Prim Care*. 2021 Jan;10(1):35-40. doi: 10.4103/jfmprc.jfmprc_912_20.
47. Deering KN, Amin A, Shoveller J, Nesbitt A, Garcia-Moreno C, Duff P, Argento E, Shannon K. A systematic review of the correlates of violence against sex workers. *Am J Public Health*. 2014 May;104(5):e42-54. doi: 10.2105/AJPH.2014.301909.
48. Marrero L, Brüggemann OM. Institutional violence during the parturition process in Brazil: integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2018 May;71(3):1152-1161. Portuguese, English. doi: 10.1590/0034-7167-2017-0238.
49. Jain P, Singh K, Piplani S, Gulati S, Kour H. Beyond Scrubs: Understanding the Root Causes of Violence Against Doctors. *Cureus*. 2023 May 27;15(5):e39559. doi: 10.7759/cureus.39559.
50. Banerjee S, MacDougall D. Interventions to Address and Prevent Violence Toward Health Care Workers in the Emergency Department [Internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2021 Jun. PMID: 36170468.
51. Pereira CAR, Borgato MH, Colichi RMB, Bocchi SCM. Institutional strategies to prevent violence in nursing work: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2019 Aug 19;72(4):1052-1060. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0687.
52. Ashton RA, Morris L, Smith I. A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. *Int Emerg Nurs*. 2018 Jul;39:13-19. doi: 10.1016/j.ienj.2017.12.004.
53. Escartín J. Insights into workplace bullying: psychosocial drivers and effective interventions. *Psychol Res Behav Manag*. 2016 Jun 23;9:157-69. doi: 10.2147/PRBM.S91211.
54. Ziaei M, Massoudifar A, Rajabpour-Sanati A, Pourbagher-Shahri AM, Abdolrazaghnejad A. Management of Violence and Aggression in Emergency Environment; a Narrative Review of 200 Related Articles. *Adv J Emerg Med*. 2018 Nov 29;3(1):e7. doi: 10.22114/AJEM.v0i0.117.
55. Zampieron A, Galeazzo M, Turra S, Buja A. Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *J Clin Nurs*. 2010;19(15-16):2329-41.

56. Alameddine M, Kazzi A, El-Jardali F, Dimassi H, Maalouf S. Occupational violence at Lebanese emergency departments: prevalence, characteristics and associated factors. *J Occup Health*. 2011;53(6):455–64.
57. Esmailpour M, Salsali M, Ahmadi F. Workplace violence against Iranian nurses working in emergency departments. *Int Nurs Rev*. 2011;58(1):130–7.
58. Rafati Rahimzadeh M, Zabihi A, Hosseini S. Verbal and physical violence on nurses in hospitals of Babol University of Medical Sciences. *Hayat*. 2011;17(2):5–11.
59. Hilliar K. Police-recorded assaults on hospital premises in New South Wales: 1996-2006. *Crim Just Bull*. 2008;16:1.
60. Lau JB, Magarey J, McCutcheon H. Violence in the emergency department: a literature review. *Australas Emerg Nurs J*. 2004;7(2):27–37.
61. Nurses and Violence in the Workplace. [доступно на: <https://www.ausmed.com/articles/nurses-and-violence-in-the-workplace/>]
62. Ferns T. Violence in the accident and emergency department--an international perspective. *Accid Emerg Nurs*. 2005;13(3):180–5.
63. Kindy D, Petersen S, Parkhurst D. Perilous work: nurses' experiences in psychiatric units with high risks of assault. *Arch Psychiatr Nurs*. 2005;19(4):169–75.
64. Ryan D, Maguire J. Aggression and violence - a problem in Irish Accident and Emergency departments? *J Nurs Manag*. 2006;14(2):106–15.
65. Clements PT, DeRanieri JT, Clark K, Manno MS, Kuhn DW. Workplace violence and corporate policy for health care settings. *Nurs Econ*. 2005;23(3):119–24, 07.
66. Catlette M. A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers. *J Emerg Nurs*. 2005;31(6):519–25.
67. Pich J, Hazelton M, Sundin D, Kable A. Patient-related violence against emergency department nurses. *Nurs Health Sci*. 2010;12(2):268–74.
68. Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Homeyer C, Robinson L, MacLean SL. Violence against nurses working in US emergency departments. *J Nurs Adm*. 2009;39(7-8):340–9.
69. Association EN, editor. Violence in the emergency department: Findings from ENA's study of workplace violence against registered nurses; Annual Conference Course.2008.
70. van der Zwan R, Davies L, Andrews D, Brooks A. Aggression and violence in the ED: issues associated with the implementation of restraint and seclusion. *Health Promot J Austr*. 2011;22(2):124–7
71. Vilke GM, DeBard ML, Chan TC, Ho JD, Dawes DM, Hall C, et al. Excited Delirium Syndrome (ExDS): defining based on a review of the literature. *J Emerg Med*. 2012;43(5):897–905.
72. Gerberich SG, Church TR, McGovern PM, Hansen H, Nachreiner NM, Geisser MS, et al. Risk factors for work-related assaults on nurses. *Epidemiology*. 2005;16(5):704–9.
73. Kennedy MP. Violence in emergency departments: under-reported, unconstrained, and unconscionable. *Med J Aust*. 2005;183(7):362–5.
74. Ashton RA, Morris L, Smith I. A qualitative meta-synthesis of emergency department staff experiences of violence and aggression. *Int Emerg Nurs*. 2018;39:13–9.
75. Ferns T, Cork A, Rew M. Personal safety in the accident and emergency department. *Br J Nurs*. 2005;14(13):725–30.
76. Hahn S, Hantikainen V, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJ. Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: a cross-sectional survey. *J Adv Nurs*. 2012;68(12):2685–99.
77. Lau JB, Magarey J, Wiechula R. Violence in the emergency department: an ethnographic study (part II) *Int Emerg Nurs*. 2012;20(3):126–32.
78. Workplace Violence. [доступно на: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/advocacy/state/workplace-violence2/>]
79. Li YF, Chao M, Shih CT. Nurses' intention to resign and avoidance of emergency department violence: A moderated mediation model. *Int Emerg Nurs*. 2018;39:55–61.
80. Nordstrom K, Allen MH. Managing the acutely agitated and psychotic patient. *CNS Spectr*. 2007;12(10 Suppl 17):5–11.
81. Wassell JT. Workplace violence intervention effectiveness: A systematic literature review. *Safe Sci*. 2009;47(8):1049–55.

82. Varcoe C. Staring, tone of voice, anxiety, mumbling, and pacing in the ED were cues for violence toward nurses. *Evid Based Nurs.* 2008;11(1):29.
83. Morphet J, Griffiths D, Plummer V, Innes K, Fairhall R, Beattie J. At the crossroads of violence and aggression in the emergency department: perspectives of Australian emergency nurses. *Aust Health Rev.* 2014;38(2):194–201.
84. Luck L, Jackson D, Usher K. STAMP: components of observable behaviour that indicate potential for patient violence in emergency departments. *J Adv Nurs.* 2007;59(1):11–9.
85. Chapman R, Perry L, Styles I, Combs S. Predicting patient aggression against nurses in all hospital areas. *Br J Nurs.* 2009;18(8):476, 8–83.
86. Lasalvia A, Bonetto C, Cristofalo D, Tansella M, Ruggeri M. Predicting clinical and social outcome of patients attending 'real world' mental health services: a 6-year multi-wave follow-up study. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2007(437):16–30.
87. Huber CG, Lambert M, Naber D, Schacht A, Hundemer HP, Wagner TT, et al. Validation of a Clinical Global Impression Scale for Aggression (CGI-A) in a sample of 558 psychiatric patients. *Schizophr Res.* 2008;100(1-3):342–8.
88. Ramacciati N, Ceccagnoli A, Addey B, Lumini E, Rasero L. Interventions to reduce the risk of violence toward emergency department staff: current approaches. *Open Access Emerg Med.* 2016 Apr 21;8:17-27. doi: 10.2147/OAEM.S69976.
89. Brooks N, Barry-Walsh J. Understanding the role of grievance and fixation in lone actor violence. *Front Psychol.* 2022 Dec 22;13:1045694. doi: 10.3389/fpsyg.2022.1045694.
90. Schnieden V. Violence at work. *Arch Emerg Med.* 1993 Jun;10(2):79-85. doi: 10.1136/emj.10.2.79.
91. Schnieden V. Violence at work. *Arch Emerg Med.* 1993 Jun;10(2):79-85. doi: 10.1136/emj.10.2.79.
92. Conti A, Scacchi A, Clari M, Scattaglia M, Dimonte V, Gianino MM. Prevalence of Violence Perpetrated by Healthcare Workers in Long-Term Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Feb 18;19(4):2357. doi: 10.3390/ijerph19042357.
93. Bar-David S. What's in an eye roll? It is time we explore the role of workplace incivility in healthcare. *Isr J Health Policy Res.* 2018 Mar 14;7(1):15. doi: 10.1186/s13584-018-0209-0.
94. Christie W, Jones S. Lateral Violence in Nursing and the Theory of the Nurse as Wounded Healer. *Online J Issues Nurs.* 2013 Dec 9;19(1):5.
95. Shields M, Dimov S, Kavanagh A, Milner A, Spittal MJ, King TL. How do employment conditions and psychosocial workplace exposures impact the mental health of young workers? A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2021 Jul;56(7):1147-1160. doi: 10.1007/s00127-021-02077-x.
96. Umhau JC, Trandem K, Shah M, George DT. The physician's unique role in preventing violence: a neglected opportunity? *BMC Med.* 2012 Nov 23;10:146. doi: 10.1186/1741-7015-10-146.
97. <https://ravnopravnost.gov.rs/en/workplace-discrimination-is-bad-for-employees-and-employers-alike/> последњи пут посећено 05-02-2024
98. Grotto-de-Souza J, Pohl HH, Aguiar-Ribeiro D. Mobbing as a source of psychological harm in workers. *Rev Bras Med Trab.* 2023 Feb 13;20(4):670-675. doi: 10.47626/1679-4435-2022-766.
99. Bagagli BP, Chaves TV, Zoppi Fontana MG. Trans Women and Public Restrooms: The Legal Discourse and Its Violence. *Front Sociol.* 2021 Mar 31;6:652777. doi: 10.3389/fsoc.2021.652777.
100. Spitzer DL. Engendering health disparities. *Can J Public Health.* 2005 Mar-Apr;96 Suppl 2(Suppl 2):S78-96. doi: 10.1007/BF03403704.
101. Barnard M, West-Strum D, Yang Y, Holmes E. Evaluation of a Tool to Measure Pharmacists' Readiness to Manage Intimate Partner Violence. *Pharmacy (Basel).* 2018 Jul 12;6(3):66. doi: 10.3390/pharmacy6030066.
102. McDiarmid M. Advocating for the Health Worker. *Ann Glob Health.* 2019 Jan 28;85(1):16. doi: 10.5334/aogh.2461.

103. Raine G, Thomas S, Rodgers M, Wright K, Eastwood A. Workplace-based interventions to promote healthy lifestyles in the NHS workforce: a rapid scoping and evidence map. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2020 Apr. PMID: 32271516.
104. Atashzadeh Shoorideh F, Moosavi S, Balouchi A. Incivility toward nurses: a systematic review and meta-analysis. *J Med Ethics Hist Med.* 2021 Nov 3;14:15. doi: 10.18502/jmehm.v14i15.7670.
105. Olaniyan OS, Hetland H, Hystad SW, Iversen AC, Ortiz-Barreda G. Lean on Me: A Scoping Review of the Essence of Workplace Support Among Child Welfare Workers. *Front Psychol.* 2020 Feb 25;11:287. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00287.
106. Jessiman-Perreault G, Smith PM, Gignac MAM. Why Are Workplace Social Support Programs Not Improving the Mental Health of Canadian Correctional Officers? An Examination of the Theoretical Concepts Underpinning Support. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Mar 6;18(5):2665. doi: 10.3390/ijerph18052665.
107. Hardt S, Stöckl H, Wamoyi J, Ranganathan M. Sexual Harassment in Low- and Middle-Income Countries: A Qualitative Systematic Review. *Trauma Violence Abuse.* 2023 Dec;24(5):3346-3362. doi: 10.1177/15248380221127255. Epub 2022 Oct 14.
108. Loretto L, Nivoli AMA, Daga I, Milia P, Depalmas C, Nivoli G, Bellizzi S. Six things to know about the homicides of doctors: a review of 30 years from Italy. *BMC Public Health.* 2021 Jul 5;21(1):1318. doi: 10.1186/s12889-021-11404-5.
109. Oliffe JL, Han CS, Drummond M, Sta Maria E, Bottorff JL, Creighton G. Men, Masculinities, and Murder-Suicide. *Am J Mens Health.* 2015 Nov;9(6):473-85. doi: 10.1177/1557988314551359.
110. Crocker KM, Gnatt I, Haywood D, Butterfield I, Bhat R, Lalitha ARN, Jenkins ZM, Castle DJ. The impact of COVID-19 on the mental health workforce: A rapid review. *Int J Ment Health Nurs.* 2023 Apr;32(2):420-445. doi: 10.1111/inm.13097.
111. Membrive-Jiménez MJ, Gómez-Urquiza JL, Suleiman-Martos N, Velando-Soriano A, Ariza T, De la Fuente-Solana EI, Cañadas-De la Fuente GA. Relation between Burnout and Sleep Problems in Nurses: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Healthcare (Basel).* 2022 May 21;10(5):954. doi: 10.3390/healthcare10050954.
112. Bekelepi N, Martin P. Support interventions for nurses working in acute psychiatric units: A systematic review. *Health SA.* 2022 Apr 29;27:1811. doi: 10.4102/hsag.v27i0.1811.
113. Norris RE. Are America's Caregivers on the Brink of Extinction? The Pandemic Straw that Broke the Nurses' Back. *Neurol Clin.* 2023 May;41(2):415-423. doi: 10.1016/j.ncl.2022.11.001.
114. Balkaran K, Linton J, Doupe M, Roger K, Kelly C. Research on Abuse in Home Care: A Scoping Review. *Trauma Violence Abuse.* 2023 Apr 20;15248380231165922. doi: 10.1177/15248380231165922..
115. Caraballo-Arias Y. Occupational Safety and Health in Venezuela. *Ann Glob Health.* 2015 Jul-Aug;81(4):512-21. doi: 10.1016/j.aogh.2015.08.022.
116. Fischer FM, Silva-Costa A, Griep RH, Smolensky MH, Bohle P, Rotenberg L. Working Time Society consensus statements: Psychosocial stressors relevant to the health and wellbeing of night and shift workers. *Ind Health.* 2019 Apr 1;57(2):175-183. doi: 10.2486/indhealth.SW-3. Epub 2019 Jan 31.
117. Abbott I, Whitley GA. What are ambulance personnel experiences of sexual harassment and sexual assault in the workplace? A rapid evidence review. *Int Emerg Nurs.* 2023 Nov;71:101376. doi: 10.1016/j.ienj.2023.101376.
118. Rai R, El-Zaemey S, Dorji N, Rai BD, Fritschi L. Exposure to Occupational Hazards among Health Care Workers in Low- and Middle-Income Countries: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Mar 5;18(5):2603. doi: 10.3390/ijerph18052603.
119. Harris N, Sheridan L, Robertson N. Prevalence and Psychosocial Impacts of Stalking on Mental Health Professionals: A Systematic Review. *Trauma Violence Abuse.* 2023 Dec;24(5):3265-3279. doi: 10.1177/15248380221129581.
120. Steinert JI, Alacevich C, Steele B, Hennegan J, Yakubovich AR. Response strategies for promoting gender equality in public health emergencies: a rapid scoping review. *BMJ Open.* 2021 Aug 12;11(8):e048292. doi: 10.1136/bmjopen-2020-048292.

121. Ross MW, Crisp BR, Månsson SA, Hawkes S. Occupational health and safety among commercial sex workers. *Scand J Work Environ Health*. 2012 Mar;38(2):105-19. doi: 10.5271/sjweh.3184. Epub 2011 Aug 1.
122. Carballo-Arias Y, Madrid J, Barrios M. Working in Venezuela: How the Crisis has Affected the Labor Conditions. *Ann Glob Health*. 2018 Sep 25;84(3):512-522. doi: 10.29024/aogh.2325.
123. Amodu M, Ansah EW, Sarfo JO. Influence of psychosocial safety climate on occupational health and safety: a scoping review. *BMC Public Health*. 2023 Jul 13;23(1):1344. doi: 10.1186/s12889-023-16246-x.
124. Flannery RB Jr. The employee victim of violence: recognizing the impact of untreated psychological trauma. *Am J Alzheimers Dis Other Dement*. 2001 Jul-Aug;16(4):230-3. doi: 10.1177/153331750101600406.
125. Argento E, Goldenberg S, Shannon K. Preventing sexually transmitted and blood borne infections (STBBIs) among sex workers: a critical review of the evidence on determinants and interventions in high-income countries. *BMC Infect Dis*. 2019 Mar 5;19(1):212. doi: 10.1186/s12879-019-3694-z.
126. Franche RL, Murray EJ, Ostry A, Ratner PA, Wagner SL, Harder HG. Work disability prevention in rural healthcare workers. *Rural Remote Health*. 2010 Oct-Dec;10(4):1502.
127. Smith E, Gullick J, Perez D, Einboden R. A peek behind the curtain: An integrative review of sexual harassment of nursing students on clinical placement. *J Clin Nurs*. 2023 Mar;32(5-6):666-687. doi: 10.1111/jocn.16600. Epub 2022 Dec 13.
128. Tattoli L, Bosco C, Grattagliano I, Di Vella G. The risk of assault against mental health professionals: a fatal case report and literature review. *Forensic Sci Med Pathol*. 2019 Jun;15(2):276-280. doi: 10.1007/s12024-019-00105-6.
129. Gascón S., Martínez-Jarreta B., González-Andrade J.F., Santed M.A., Casalod Y., Rueda M.A. Aggression towards health care workers in Spain: a multi-facility study to evaluate the distribution of growing violence among professionals, health facilities and departments. *Int J Occup Environ Health* 2009; 15(1):29-35.
130. Mucci N, Giorgi G, Cupelli V, Gioffrè PA, Rosati MV, Tomei F, Tomei G, Bresco-Esteve E, Arcangeli G. Work-related stress assessment in a population of Italian workers. The Stress Questionnaire. *Sci Total Environ*. 2015 Jan 1;502:673-9. doi: 10.1016/j.scitotenv.2014.09.069.
131. Mock CN, Smith KR, Kobusingye O, Nugent R, Abdalla S, Ahuja RB, et al. Injury Prevention and Environmental Health: Key Messages from Disease Control Priorities, Third Edition. In: Mock CN, Nugent R, Kobusingye O, Smith KR, editors. *Injury Prevention and Environmental Health*. 3rd ed. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017 Oct 27. Chapter 1. PMID: 30212116.
132. Leppänen RA, Olkinuora MA. Psychological stress experienced by health care personnel. *Scand J Work Environ Health*. 1987 Feb;13(1):1-8. doi: 10.5271/sjweh.2086. PMID: 3554496.
133. Slade J, Alleyne E. The Psychological Impact of Slaughterhouse Employment: A Systematic Literature Review. *Trauma Violence Abuse*. 2023 Apr;24(2):429-440. doi: 10.1177/15248380211030243.
134. Kor K, Simpson H, Fabrianesi B. Strengthening Schools' Responses to Students' Harmful Sexual Behaviors: A Scoping Review. *Trauma Violence Abuse*. 2023 Oct;24(4):2726-2742. doi: 10.1177/15248380221111483.
135. Żenda A, Kożusznik B, Paliga M. Upokorzenie w pracy – koncepcje teoretyczne oraz znaczenie dla zdrowia pracowników i funkcjonowania organizacji [Humiliation at work - theoretical concepts and importance for the health of workers and the functioning of the organisation]. *Med Pr*. 2021 Feb 3;72(1):61-68. Polish. doi: 10.13075/mp.5893.01038.
136. Newman C, Chama PK, Mugisha M, Matsiko CW, Oketcho V. Reasons behind current gender imbalances in senior global health roles and the practice and policy changes that can catalyze organizational change. *Glob Health Epidemiol Genom*. 2017 Dec 10;2:e19. doi: 10.1017/gheg.2017.11.

137. Luca CE, Sartorio A, Bonetti L, Bianchi M. Interventions for Preventing and Resolving Bullying in Nursing: A Scoping Review. *Healthcare (Basel)*. 2024 Jan 22;12(2):280. doi: 10.3390/healthcare12020280.
138. Requejo J, Meriardi M, Althabe F, Keller M, Katz J, Menon R. Born too soon: care during pregnancy and childbirth to reduce preterm deliveries and improve health outcomes of the preterm baby. *Reprod Health*. 2013;10 Suppl 1(Suppl 1):S4. doi: 10.1186/1742-4755-10-S1-S4.
139. Institute of Medicine (US) Committee on the Adequacy of Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes. *Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes: Is It Adequate?* Wunderlich GS, Sloan F, Davis CK, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 1996. PMID: 25121200.
140. Mansfield L, Daykin N, O'Connell NE, Bailey D, Forde L, Smith R, Gifford J, Ashdown-Franks G. A mixed methods systematic review on the effects of arts interventions for children and young people at-risk of offending, or who have offended on behavioural, psychosocial, cognitive and offending outcomes: A systematic review. *Campbell Syst Rev*. 2024 Jan 3;20(1):e1377. doi: 10.1002/cl2.1377.
141. Mansfield L, Daykin N, O'Connell NE, Bailey D, Forde L, Smith R, Gifford J, Ashdown-Franks G. A mixed methods systematic review on the effects of arts interventions for children and young people at-risk of offending, or who have offended on behavioural, psychosocial, cognitive and offending outcomes: A systematic review. *Campbell Syst Rev*. 2024 Jan 3;20(1):e1377. doi: 10.1002/cl2.1377.
142. Liu C, Liu W, Jiao M, Li Y, Zhang G, Wei L, Zhou S, Li Y, Sha Z, Hao Y, Wu Q. A combined behavioural economics- and simulation-based medical education to promote effectiveness among medical residents in coping with workplace violence in Northern China: a quasi-experimental study. *BMC Public Health*. 2022 Jun 1;22(1):1090. doi: 10.1186/s12889-022-13497-y.
143. Glass N, Hanson GC, Laharnar N, Anger WK, Perrin N. Interactive training improves workplace climate, knowledge, and support towards domestic violence. *Am J Ind Med*. 2016 Jul;59(7):538-48. doi: 10.1002/ajim.22601.
144. Alhamad R, Suleiman A, Bsisu I, Santarisi A, Al Owaidat A, Sabri A, Farraj M, Al Omar M, Almazaydeh R, Odeh G, Al Mousa M, Mahseeri M. Violence against physicians in Jordan: An analytical cross-sectional study. *PLoS One*. 2021 Jan 25;16(1):e0245192. doi: 10.1371/journal.pone.0245192.
145. Niu SF, Kuo SF, Tsai HT, Kao CC, Traynor V, Chou KR. Prevalence of workplace violent episodes experienced by nurses in acute psychiatric settings. *PLoS One*. 2019 Jan 24;14(1):e0211183. doi: 10.1371/journal.pone.0211183.
146. Wieten CW, Chhoun P, Tuot S, Brody C, Yi S. Gender-Based Violence and Factors Associated with Victimization among Female Entertainment Workers in Cambodia: A Cross-Sectional Study. *J Interpers Violence*. 2022 Mar;37(5-6):NP3427-NP3448. doi: 10.1177/0886260520948145.
147. Tarquinio C, Rotonda C, Houllé WA, Montel S, Rydberg JA, Minary L, Dellucci H, Tarquinio P, Fayard A, Alla F. Early Psychological Preventive Intervention For Workplace Violence: A Randomized Controlled Explorative and Comparative Study Between EMDR-Recent Event and Critical Incident Stress Debriefing. *Issues Ment Health Nurs*. 2016 Nov;37(11):787-799. doi: 10.1080/01612840.2016.1224282.
148. Stephen T, King K, Taylor M, Jackson M, Hilario C. A Virtual, Simulated Code White for Undergraduate Nursing Students. *Can J Nurs Res*. 2022 Sep;54(3):320-330. doi: 10.1177/08445621221101290.
149. Stephen T, King K, Taylor M, Jackson M, Hilario C. A Virtual, Simulated Code White for Undergraduate Nursing Students. *Can J Nurs Res*. 2022 Sep;54(3):320-330. doi: 10.1177/08445621221101290.
150. Arnetz JE, Hamblin L, Russell J, Upfal MJ, Luborsky M, Janisse J, Essenmacher L. Preventing Patient-to-Worker Violence in Hospitals: Outcome of a Randomized Controlled Intervention. *J Occup Environ Med*. 2017 Jan;59(1):18-27. doi: 10.1097/JOM.0000000000000909.

151. Alhalal E. The effects of an intimate partner violence educational intervention on nurses: A quasi-experimental study. *Nurse Educ Pract.* 2020 Aug;47:102854. doi: 10.1016/j.nepr.2020.102854..
152. Al Mamun M, Parvin K, Yu M, Wan J, Willan S, Gibbs A, Jewkes R, Naved RT. The HERrespect intervention to address violence against female garment workers in Bangladesh: study protocol for a quasi-experimental trial. *BMC Public Health.* 2018 Apr 18;18(1):512. doi: 10.1186/s12889-018-5442-5.
153. Lipscomb J, McPhaul K, Rosen J, Brown JG, Choi M, Soeken K, Vignola V, Wagoner D, Foley J, Porter P. Violence prevention in the mental health setting: the New York state experience. *Can J Nurs Res.* 2006 Dec;38(4):96-117.
154. Jaspers SØ, Jakobsen LM, Gadegaard CA, Dyreborg J, Andersen LPS, Aust B. Design of a tailored and integrated violence prevention program in psychiatric wards and prisons. *Work.* 2019;62(4):525-541. doi: 10.3233/WOR-192888.
155. Anderson C. Training efforts to reduce reports of workplace violence in a community health care facility. *J Prof Nurs.* 2006 Sep-Oct;22(5):289-95. doi: 10.1016/j.profnurs.2006.07.007.
156. Moore SC, O'Brien C, Alam MF, Cohen D, Hood K, Huang C, Moore L, Murphy S, Playle R, Sivarajasingam V, Spasic I, Williams A, Shepherd J. All-Wales licensed premises intervention (AWLPI): a randomised controlled trial to reduce alcohol-related violence. *BMC Public Health.* 2014 Jan 10;14:21. doi: 10.1186/1471-2458-14-21.
157. Bernaldo-De-Quirós M, Piccini AT, Gómez MM, Cerdeira JC. Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: cross sectional survey. *Int J Nurs Stud.* 2015 Jan;52(1):260-70. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.05.011.
158. Hsieh HF, Huang IC, Liu Y, Chen WL, Lee YW, Hsu HT. The Effects of Biofeedback Training and Smartphone-Delivered Biofeedback Training on Resilience, Occupational Stress, and Depressive Symptoms among Abused Psychiatric Nurses. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Apr 22;17(8):2905. doi: 10.3390/ijerph17082905.
159. Arnetz JE, Arnetz BB. Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers. *J Adv Nurs.* 2000 Mar;31(3):668-80. doi: 10.1046/j.1365-2648.2000.01322.x.
160. Baby M, Gale C, Swain N. A communication skills intervention to minimise patient perpetrated aggression for healthcare support workers in New Zealand: A cluster randomised controlled trial. *Health Soc Care Community.* 2019 Jan;27(1):170-181. doi: 10.1111/hsc.12636.
161. Hurlebaus AE, Link S. The effects of an aggressive behavior management program on nurses' levels of knowledge, confidence, and safety. *J Nurs Staff Dev.* 1997 Sep-Oct;13(5):260-5.
162. Cro S, Partington G, Cornelius VR, Banerjee PJ, Zvobgo TM, Casswell EJ, Shahid S, Bunce C, Robertson E, Murphy C, Kelly J, Charteris DG. Presenting clinical characteristics of open globe injuries in ocular trauma: baseline analysis of cases in the ASCOT national clinical trial. *Eye (Lond).* 2023 Jun;37(8):1732-1740. doi: 10.1038/s41433-022-02206-z.
163. Touzet S, Cornut PL, Fassier JB, Le Pogam MA, Burillon C, Duclos A. Impact of a program to prevent incivility towards and assault of healthcare staff in an ophthalmological emergency unit: study protocol for the PREVURGO On/Off trial. *BMC Health Serv Res.* 2014 May 19;14:221. doi: 10.1186/1472-6963-14-221.
164. McGowan MG, Myers B. Who is the victim anyway? The effects of bystander victim impact statements on mock juror sentencing decisions. *Violence Vict.* 2004 Jun;19(3):357-74. doi: 10.1891/vivi.19.3.357.65763.
165. Chaiyanukij C. Violence against women migrant workers in Thailand. *J Med Assoc Thai.* 2004 Oct;87 Suppl 3:S223-6. PMID: 21218599.
166. Jafree SR. Workplace violence against women nurses working in two public sector hospitals of Lahore, Pakistan. *Nurs Outlook.* 2017 Jul-Aug;65(4):420-427. doi: 10.1016/j.outlook.2017.01.008.
167. Ith S, Yi S, Tuot S, Yem S, Chhoun P, Jimba M, Shibanuma A. Gender-based violence and depressive symptoms among female entertainment workers in Cambodia: A cross-sectional

- study. *PLOS Glob Public Health*. 2022 Aug 3;2(8):e0000873. doi: 10.1371/journal.pgph.0000873.
168. Acquadro Maran D, Cortese CG, Pavanelli P, Fornero G, Gianino MM. Gender differences in reporting workplace violence: a qualitative analysis of administrative records of violent episodes experienced by healthcare workers in a large public Italian hospital. *BMJ Open*. 2019 Nov 10;9(11):e031546. doi: 10.1136/bmjopen-2019-031546.
169. Vieira-Meyer APGF, Ferreira RGLA, Albuquerque GA, Guimarães JMX, Morais APP, Meyer CHC, de Lima Saintrain MV, Castro MC, Yousafzai AK. Gender and Violence in the Daily Routine of Community Health Workers in Fortaleza, Brazil. *J Community Health*. 2023 Oct;48(5):810-818. doi: 10.1007/s10900-023-01221-9.

ПРИЛОЗИ

Прилог 1.

Poštovana/i,

Svedoci smo sve češćeg ispoljavanja različitih formi agresivnosti u našem društvu, između ostalog i prema lekarima, medicinskim sestrama i tehničarima. U javnosti se čuje samo za neke od njih, najčešće za one koji se, na žalost, završe tragično.

Ovim istraživanjem želimo da bolje sagledamo situaciju u našoj zemlji, utvrdimo koliko se podaci iz Srbije podudaraju sa onima iz sveta i okruženja, pokušamo da identifikujemo moguće razloge napada na zdravstvene radnike u Srbiji i, što je najvažnije, napravimo korak napred u zaštiti lekara i zdravstvenih radnika od agresije na radnom mestu.

Drugi deo upitnika se odnosi na stres na radnom mestu.

Popunjavanje Upitnika je potpuno anonimno i identifikacija ispitanika neće biti moguća. Pročitala/o sam informacije o svrsi pomenutog istraživanja i dobrovoljnim popunjavanjem Upitnika o nasilju nad zdravstvenim radnicima dajem svoj PRISTANAK za istraživača da sakuplja, obrađuje i analizira podatke kao i da publikuje dobijene rezultate.

UPUTSTVO ZA POPUNJAVANJE UPITNIKA

MOLIMO VAS DA SVE ODGOVORE JASNO OZNAČITE NA POSEBNOM LISTU KOJI NOSI NAZIV „**Strana sa odgovorima**”, I TO TAKO ŠTO ĆETE KRUG SA TAČNIM ODGOVOROM ZA SVAKO PITANJE POTPUNO ISPUNITI HEMIJSKOM OLOVKOM ILI FLOMASTEROM.

Primer korektno popunjenog odgovora:

1. ○○●○

Upitnik se popunjava tako što za svako pitanje iz upitnika upišete Vaš odgovor u tabelu na strani „**Strana sa odgovorima**”.

Molimo Vas pažljivo pročitajte upitnik i odgovorite što preciznije na postavljena pitanja. **Veoma je važno da date odgovor na svako od postavljenih pitanja!**

Upitnik je anonimnan.

Po završenom popunjavanju upitnika molimo Vas da predate upitnik i popunjeni list „**Strana sa odgovorima**” osobi od koje ste ih dobili.

Osnovni podaci:

1. Pol:
 - a) Muški
 - b) Ženski

2. Koliko imate godina?
 - a) 25 i manje
 - b) 26-35
 - c) 36-54
 - d) 55 i više

3. Porodična situacija:
 - a) Oženjen/udata
 - b) U stabilnoj vezi
 - c) Bez stalnog partnera

4. Koliko imate dece?
 - a) Nemam decu
 - b) Jedno dete
 - c) Dvoje dece
 - d) Troje dece
 - e) Četvoro dece
 - f) Više od četvoro dece

5. Koliko ste dugo zaposleni u zdravstvu?
 - a) 0-6 meseci
 - b) 7-11 meseci
 - c) 1-2 godine
 - d) 3-5 godina
 - e) 6-10 godina
 - f) 11-15 godina
 - g) 16-20 godina
 - h) preko 20 godina

6. Koliko dugo radite na trenutnoj poziciji?
 - a) 0-6 meseci
 - b) 7-11 meseci
 - c) 1-2 godine
 - d) 3-5 godina
 - e) 6-10 godina
 - f) 11-15 godina
 - g) 16-20 godina
 - h) preko 20 godina

7. Radni status
 - a) Na određenovreme;
 - b) Na neodređenovreme (zastalno)

8. Profesionalna kategorija:
 - a) Direktor
 - b) Lekar bez specijalizacije
 - c) Lekar specijalista
 - d) Medicinska sestra/tehničar
 - e) Bolničar
 - f) Obezbeđenje
 - g) Radnik u administraciji
 - h) Radnik na održavanju
 - i) Radnik u kuhinji/vešeraju
 - j) Drugo

9. Navesti da li ste tokom prethodnih 12 meseci odsustvovali sa posla:

- a) Ne
- b) Da

10. Ako je Vaš odgovor DA, navesti:

- a) Zbog bolesti
- b) Zbog bolesti člana porodice
- c) Ostali razlozi

11. Navedite broj dana odsustvovanja

- a) 1-14
- b) 15-30
- c) 30-90 dana
- d) Više od 90 dana

Upitnik o agresiji

Navesti da li ste ikada bili izloženi sledećem:

12. Napad (podrazumeva nasilje, fizički kontakt, bez obzira na rezultate napada i/ili tip povrede do koje je u toj prilici došlo)

- a) Nikada
- b) Nikada, ali sam prisustvovala/o
- c) Jednom prilikom
- d) Više od dva puta
- e) Više od pet puta

13. Uvreda (bilo koji oblik verbalnog zlostavljanja)

- a) Nikada
- b) Nikada, ali sam prisustvovala/o
- c) Jednom prilikom
- d) Više od dva puta
- e) Više od pet puta

14. Pretnja (verbalne pretnje, prateće ponašanje ili prinuda)

- a) Nikada
- b) Nikada, ali sam prisustvovala/o
- c) Jednom prilikom
- d) Više od dva puta
- e) Više od pet puta

15. Prigovor (odnosi se na usmeni prigovor upućen Vama ili Vašim nadređenima na Vaš rad)

- a) Nikada
- b) Nikada, ali sam prisustvovala/o
- d) Više od dva puta
- e) Više od pet puta

c) Jednom prilikom

16. Žalbe (odnosi se na primedbe u pisanom obliku upućene Vašim nadređenima na Vaš rad)

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| a) Nikada | d) Više od dva puta |
| b) Nikada, ali sam prisustvovala/o | e) Više od pet puta |
| c) Jednom prilikom | |

17. Da li ste posebno obučeni u smislu načina na koji možete da se zaštitite od ovakvih situacija (fizički i/ili verbalni napad)?

- | | |
|-------|-------|
| a) Da | b) Ne |
|-------|-------|

18. Da li imate podršku uprave zdravstvene ustanove u slučajevima nasilja usmerenog ka Vama (verbalnog i/ili fizičkog)?

- | | |
|-------|-------|
| a) Da | b) Ne |
|-------|-------|

Molimo Vas da na sledeća pitanja odgovorite **samo ukoliko ste pretrpeli bilo koji vid nasilja:**

19. Da li ste se javljali nekom za pomoć nakon incidenta i ako jeste navedite zašto?

- a) Da, zbog depresije
- b) Da, zbog uznemirenosti (anksioznosti)
- c) Iz drugih razloga

20. Navedeni simptomi su trajali.

- | | |
|---------------|--------------------|
| a) 1-7 dana | d) 30-90 dana |
| b) 7-14 dana | e) Više od 90 dana |
| c) 15-30 dana | |

21. Da li ste se nakon incidenta imali neko od sledećih osećanja ili iskustava:

- a) tuga
- b) depresija
- c) strah
- d) anksioznost
- e) nesanicu
- f) razdražljivost
- g) nepoverenje
- h) teškoće pri koncentraciji

- i) snove/košmare o tome šta se dogodilo
- j) razočaranje/gubitak interesovanja
- k) uznemirujuća sećanja na ono što se dogodilo
- l) naponi da se izbegne vraćanje u mislima na ono što se dogodilo
- m) izbegavanje aktivnosti ili ljudi koji Vas podsećaju na ono što se dogodilo
- n) nemogućnost prisećanja za određene događaje
- o) poremećaj ishrane
- p) povećanu upotrebu cigareta i alkohola
- q) drugo

22. Navedeni simptomi trajali su:

- a) 1-7 dana
- b) 7-14 dana
- c) 15-30 dana
- d) 30-90 dana
- e) Više od 90 dana

Molimo Vas da na sledeća pitanja odgovorite samo ako ste pretrpeli fizičko nasilje:

23. Napad je izvršio:

- a) pacijent
- b) rođak ili pratilac pacijenta

24. Karakteristike napadača:

- a) neupadljiv
- b) upadljiv
- c) pod uticajem alkohola i/ili psihoaktivne supstance

25. Motiv za napad odnosio se na:

- a) prijem/otпуст pacijenta
- b) vreme čekanja
- c) nezadovoljstvo uslugom/tretmanom
- d) propisanu ili primenjenu terapiju
- e) kućni red ustanove

26. Fizička agresija se sastojala u sledećem:

- a) grabljenje/guranje
- b) udaranje
- c) grebanje
- d) pokušaj gušenja-hvatanje za vrat
- e) ugriz/griženje
- f) čupanje za kosu
- g) bacanje predmeta na Vas/prema Vama
- h) ubod oštrim predmetom

27. U kom predelu tela ste napadnuti?

- a) glava/lice
- d) vrat

- b) gornji ekstremiteti
- c) donji ekstremiteti
- e) trup

28. Rezultata fizičke agresije bio je:

- a) bez vidljive lezije
- b) oguljotine i površinske povrede kože
- c) modrice
- d) rasekotine
- e) prelom
- f) kontuzije
- g) drugo

29. Da li Vam je ukazana medicinska pomoć

- a) samo prva pomoć
- b) prva pomoć i lečenje (toaleta rane, medikamentozno/hirurško lečenje)
- c) samo razgovor

30. Da li ste zbog navedenih povreda odsustvovali s posla?

- a) DA, do 7 dana
- b) DA, od 7-14 dana
- c) DA, od 15-30 dan
- d) DA, 30-90 dana
- e) DA, više od 90 dana
- f) NE

31. Da li ste se obratili pravnom licu (advokatu, sudu)

- a) Da
- b) Ne

Upitnik o stresu na radu

Koristeći skalu, ocenite koliko se često osećate na sledeći način u vezi sa svojim poslom-obeležiti u u tabeli koja se nalazi na strani sa odgovorima

- A. Nikada; B. Retko; C. Povremeno; D. Redovno; E. Često
1. Osećam se emotivno iscrpljeno na poslu
 2. Na kraju radnog dana sam uspešnozavršio svoje radne obaveze
 3. Teško mi je da ustanem ujutru i da započnem još jedan radni dan
 4. Celodnevni posao zaista vrši pritisak na mene
 5. Uspevam da efikasno rešim probleme koji se javljaju na poslu
 6. Osećam da izgaram na poslu
 7. Osećam se da doprinosim svojim radom ustanovi u kojoj radim
 8. Izgubio sam interesovanje za posao koji radim na sadašnjem radnom mestu
 9. Postao sam manje zainteresovan za svoj posao
 10. Po mom mišljenju dobro radim svoj posao
 11. Ohrabruje me uspeh na poslu
 12. Postigao sam neke značajne stvari na poslu
 13. Samo želim da radim svoj posao i to mi ne smeta
 14. Sumnjam u značaj mog rada
 15. Počeo sam da sumnjam da moj rad doprinosi nečemu
 16. Uveren sam u efikasnost mog rada

U kojoj meri se slažete sa sledećim izjavama-obeležiti jednom od ponuđenih tvrdnji-obeležiti u tabeli koja se nalazi na strani sa odgovorima

- A. Uopšte se ne slažem; B. Ne slažem se; C. Teško mi je da se odlučim; D. Slažem se; E. Potpuno se slažem

17. Nemam dovoljno vremena da obavim svoj posao
18. Intenzivno radim duži vremenski period
19. Kada dođem kući previše sam umoran da radim stvari koje volim
20. Obim posla mi ne dozvoljava da se bavim onim što me interesuje u medicine
21. Imam dovoljno vremena da uradim bitne stvari u toku radnog vremena
22. Na kraju radnog dana ostavljam posao i odlazim kući
23. Imam kontrolu nad tim kako radim svoj posao
24. Mogu da utičem na nadležne kako bih dobio svu potrebnu opremu
25. Imam potrebnu nezavisnost i slobodu odlučivanja u svom poslu
26. Imam priznanje od kolega i saradnika na poslu
27. Cenjen sam od strane kolega i pacijenata
28. Moji napori na poslu obično prolaze nezapaženo
29. Moji doprinosi na poslu se ne priznaju
30. Među mojim kolegama vlada poverenje

31. Član sam tima za podršku, unapređenje rada ili član istraživačkog tima
32. Zaposleni u ustanovi međusobno sarađuju
33. Zaposleni u ustanovi imaju otvorenu komunikaciju
34. Ne osećam se blisko sa mojim kolegama
35. Upravljanje sredstvima je pod direktnom kontrolom menadžmenta (uprave)
36. Napreduje se isključivo po zaslugama
37. Prilikom donošenja odluka poštuju se pravila
38. Svi zaposleni imaju isti tretman
39. Postoji favorizovanje kada su u pitanju odluke koje donosi uprava
40. Na ovom poslu karijeru određuje ne ono šta znaš već ko si (čiji si)
41. Moj sistem vrednosti se ne razlikuje od sistema vrednosti zdravstvene ustanove u kojoj radim
42. Ciljevi zdravstvene ustanove u kojoj radim utiču na moje dnevne aktivnosti na poslu
43. Moji se ciljevi u karijeri podudaraju sa ciljevima zdravstvene ustanove u kojoj radim
44. U zdravstvenoj ustanovi u kojoj sam zaposlen poklanja se velika pažnja kvalitetu rada
45. Rad u ovoj ustanovi se kosi sa mojim sistemom vrednosti

Hvala na učešću!

БИОГРАФИЈА

Зоран В. Јовановић рођен је 01.03.1973. године у Шапцу. Завршио је Медицинску школу „Мика Митровић” у родном граду, а Медицински факултет Универзитета у Београду јула 1999. године. Након обављеног приправничког стажа и одслужења војног рока, од 2001. године, био је запослен је у Служби за хитну медицинску помоћ, у Дому здравља Шабац а након шест година прелази у стални радни однос у Општу болницу „Др Лаза К. Лазаревић” у Шапцу. Магистарску тезу под насловом „Фармакоепидемиолошка анализа примене лекова у служби хитне медицинске помоћи” одбранио је на Медицинском факултету Универзитета у Београду 2009. године. Специјалистички испит из области психијатрије положио је на Медицинском факултету Универзитета у Београду, јула 2011. године и од тада живи и ради у Шапцу. Од 2015. до 2020. године био је запослен на Академији струковних студија Шабац, Одсек за медицинске и пословно-технолошке студије, у звању предавача струковних студија. Докторске академске студије уписао је 2016. године, из области Експериментална и примењена физиологија са спортском медицином, на Факултету медицинских наука Универзитета у Крагујевцу. Звање Примаријуса додељено му је 2021. године. У претходном периоду, објавио је преко 15 ауторских и коауторских радова и публикација и учествовао на више међународних и националних стручних едукација. Члан је Лекарске коморе Србије и Српског лекарског друштва.

Библиографија

1. **Jovanovic Z**, Opankovic A, Milovanovic S, Barisic J, Nikolic Turnic T, Djuric D. Assessment of the Frequency, Causes, Degree and Consequences of Violence against Health Workers in Psychiatric Institutions. *Healthcare (Basel)*. 2023;12(1):84. doi: 10.3390/healthcare12010084.
2. **Jovanovic Z**, Radonjic V, Jelic R, Petrovic-Subic N, Soldatovic I, Terzic V, Stojilkovic S, Djuric, D. Prevalence of Prolonged QTC Interval in Patients Taking Psychopharmacs. *Serb J Exp Clin Res* 2018; 19(2), 159-166.
3. Romanova A, Ekkert N, Reshetnikov V, **Jovanovic Z**. Attitude of the population to the activities of public movements in the field of health care and promotion. *Serb J Exp Clin Res* 2024; doi:10.2478/eabr-2024-00004.

ИЗЈАВЕ

Образац 1

ИЗЈАВА АУТОРА О ОРИГИНАЛНОСТИ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Ја, Зоран Јовановић, изјављујем да докторска дисертација под насловом:


ИСПИТИВАЊЕ УЗРОКА, СТЕПЕНА, УЧЕСТАЛОСТИ И ПОСЛЕДИЦА НАСИЉА НАД ЗДРАВСТВЕНИМ РАДНИЦИМА У ПСИХИЈАТРИЈСКИМ УСТАНОВАМА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ

која је одбрањена на Факултету медицинских наука, Универзитету у Крагујевцу Универзитета у Крагујевцу представља *оригинално ауторско дело* настало као резултат *сопственог истраживачког рада*.

Овом Изјавом такође потврђујем:

- да сам *једини аутор* наведене докторске дисертације,
- да у наведеној докторској дисертацији *нисам извршио/ла повреду* ауторског нити другог права интелектуалне својине других лица,
- да умножени примерак докторске дисертације у штампаној и електронској форми у чијем се прилогу налази ова Изјава садржи докторску дисертацију истоветну одбрањеној докторској дисертацији.

у Крагујевцу, 31-01-2024. године,


потпис аутора

Образац 2

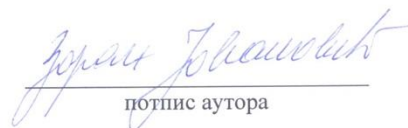
**ИЗЈАВА АУТОРА О ИСТОВЕТНОСТИ ШТАМПАНЕ И ЕЛЕКТРОНСКЕ ВЕРЗИЈЕ
ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ**

Изјављујем да су штампана и електронска верзија докторске дисертације под насловом:

„ИСПИТИВАЊЕ УЗРОКА, СТЕПЕНА, УЧЕСТАЛОСТИ И ПОСЛЕДИЦА НАСИЉА
НАД ЗДРАВСТВЕНИМ РАДНИЦИМА У ПСИХИЈАТРИЈСКИМ УСТАНОВАМА У
РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ“

истоветне.

У Крагујевцу, 31-01-2024. године,


потпис аутора

Образац 3

ИЗЈАВА АУТОРА О ИСКОРИШЋАВАЊУ ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ

Ја, Зоран Јовановић,

дозвољавам

не дозвољавам

Универзитетској библиотеци у Крагујевцу да начини два трајна умножена примерка у електронској форми докторске дисертације под насловом:

„ИСПИТИВАЊЕ УЗРОКА, СТЕПЕНА, УЧЕСТАЛОСТИ И ПОСЛЕДИЦА НАСИЉА НАД ЗДРАВСТВЕНИМ РАДНИЦИМА У ПСИХИЈАТРИЈСКИМ УСТАНОВАМА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ“

и то у целини, као и да по један примерак тако умножене докторске дисертације учини трајно доступним јавности путем дигиталног репозиторијума Универзитета у Крагујевцу и централног репозиторијума надлежног министарства, тако да припадници јавности могу начинити трајне умножене примерке у електронској форми наведене докторске дисертације путем *преузимања*.

Овом Изјавом такође

дозвољавам

не дозвољавам¹

¹ Уколико аутор изабере да не дозволи припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци, то не искључује право припадника

припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од следећих *Creative Commons* лиценци:

- 1) Ауторство
- 2) Ауторство - делити под истим условима
- 3) Ауторство - без прерада
- 4) Ауторство - некомерцијално
- 5) Ауторство - некомерцијално - делити под истим условима
- 6) Ауторство - некомерцијално - без прерада²

У Крагујевцу, 31-01-2024. године,


потпис аутора

јавности да наведену докторску дисертацију користе у складу са одредбама Закона о ауторском и сродним правима.

² Молимо ауторе који су изабрали да дозволе припадницима јавности да тако доступну докторску дисертацију користе под условима утврђеним једном од *Creative Commons* лиценци да заокруже једну од понуђених лиценци. Детаљан садржај наведених лиценци доступан је на: <http://creativecommons.org.rs/>

