

PERCEPCIJA MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA O AGRESIJI PACIJENATA NA PSIHIJATRIJI

Malić, Duško

Master's thesis / Diplomski rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Health Studies / Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:029893>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-10-21**

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Health Studies - FHSRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZDRAVSTVENIH STUDIJA
SVEUČILIŠNI DIPLOMSKI STUDIJ
SESTRINSTVO - PROMICANJE I ZAŠTITA
MENTALNOG ZDRAVLJA

Duško Malić

**PERCEPCIJA MEDICINSKIH SESTARA/TEHNIČARA O
AGRESIJI PACIJENATA NA PSIHIJATRIJI**

Diplomski rad

Rijeka, 2024.

UNIVERSITY OF RIJEKA
FACULTY OF HEALTH STUDIES
GRADUATE UNIVERSITY STUDY
NURSING – PROMOTION AND PROTECTION OF
MENTAL HEALTH

Duško Malić

**PERCEPTION OF NURSES ON AGGRESSION OF
PATIENTS IN PSYCHIATRY**

Master thesis

Rijeka, 2024.

Mentor rada: dr. sc. Marija Spevan, mag. med. techn.

Komentor: izv. prof. dr. sc. Ksenija Baždarić

Diplomski rad obranjen je dana _____na Fakultetu zdravstvenih studija Sveučilišta u Rijeci, pred povjerenstvom u sastavu:

1. Radoslav Kosić, mag.med.techn., prof.reh.
2. Fadil Habibović, mag.med.techn.
3. dr. sc. Marija Spevan, mag.med.techn.

Izvešće o provedenoj provjeri izvornosti studentskog rada

Opći podatci o studentu:

Sastavnica	Sveučilište u Rijeci, Fakultet zdravstvenih studija
Studij	Sveučilišni diplomski studij – PROMICANJE I ZAŠTITA MENTALNOG ZDRAVLJA
Vrsta studentskog rada	Diplomski rad
Ime i prezime studenta	Duško Malić
JMBAG	

Podatci o radu studenta:

Naslov rada	PERCEPCIJA MEDICINSKIH SESTAR/TEHNIČARA O AGRESIJI PACIJENATA NA PSIHIJATRIJI
Ime i prezime mentora	Marija Spevan
Datum predaje rada	01.09.2024.
Identifikacijski br. podneska	2448852929
Datum provjere rada	09.09.2023.
Ime datoteke	Duško_Malić_Diplomski_rad_09.09
Veličina datoteke	1,27 M
Broj znakova	116593
Broj riječi	18330
Broj stranica	84

Podudarnost studentskog rada:

Podudarnost (%)	12%
-----------------	-----

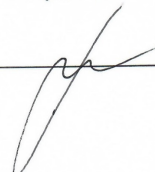
Izjava mentora o izvornosti studentskog rada

Mišljenje mentora	
Datum izdavanja mišljenja	
Rad zadovoljava uvjete izvornosti	<input checked="" type="checkbox"/>
Rad ne zadovoljava uvjete izvornosti	<input type="checkbox"/>
Obrazloženje mentora (po potrebi dodati zasebno)	Iz rada je izuzet popis literaturature

Datum

09.09.2024.

Potpis mentora



ZAHVALA

Zahvaljujem se djelatnicima Fakulteta zdravstvenih studija u Rijeci, posebno svim profesorima koji su mi predavali tokom cjelokupnog studija, na sveobuhvatnom prenošenju znanja i vještina.

Posebnu zahvalu šaljem mentorici dr.sc. Mariji Spevan, te komentorici, izv. prof. dr. sc. Ksenija Baždarić, na stručnoj pomoći, zalaganju i savjetima za vrijeme pisanja završnog rada.

Također veliku zahvalu dugujem svojim kolegama i kolegicama sa fakulteta, na nesebičnoj potpori i brojnim lijepim sjećanjima za vrijeme studiranja, kao i kolegama Odjela za akutna i krizna stanja (AKS), ŽSB Insule koji su mi kolegijalno izlazili u susret za sve moje potrebe Fakulteta.

Za kraj posebnu zahvalu šaljem svojoj obitelji na bezgraničnoj potpori.

SADRŽAJ

SAŽETAK	VIII
ABSTRACT	IX
POPIS KORIŠTENIH KRATICA	X
1 UVOD	1
1.1. AGRESIJA I NASILJE.....	2
1.1.1 <i>Epidemiologija i vrste agresije</i>	2
1.1.2 <i>Nasilje</i>	5
1.1.3 <i>Vrste nasilja</i>	6
1.2. AGRESIJA I NASILJE PREMA MEDICINSKIM SESTRAMA I TEHNIČARIMA.....	9
1.2.1 <i>Čimbenici rizika za nasilno ponašanje psihijatrijskih pacijenata</i>	9
1.3. UČESTALOST I POSLJEDICE AGRESIJE I NASILJA NA MEDICINSKE SESTRE I TEHNIČARE.....	12
1.3.1 <i>Liječenje MS/MT žrtava napada od strane pacijenata</i>	13
1.4. PREVENCIJA AGRESIJE I NASILJA NAD MEDICINSKIM SESTRAMA I TEHNIČARIMA.....	13
2 CILJEVI I HIPOTEZE	17
3 ISPITANICI I METODE	18
3.1. ISPITANICI.....	18
3.2. METODE.....	18
3.2.1 <i>Upitnik percepcije medicinskih sestara/tehničara o agresiji pacijenata na psihijatriji</i>	18
3.2.2 <i>Postupak</i>	19
3.3. STATISTIČKA OBRADA PODATAKA.....	19
3.4. ETIČKI ASPEKTI ISTRAŽIVANJA.....	21
4 REZULTATI	22
4.1. OPIS ISPITANIKA.....	22
4.1.1 <i>Spol</i>	23
4.1.2 <i>Dobne skupine</i>	23
4.1.3 <i>Stupanj obrazovanja</i>	24
4.1.4 <i>Radni staž</i>	24
4.1.5 <i>Vrsta radilišta</i>	25
4.2. UČESTALOST AGRESIJE PSIHIJATRIJSKIH PACIJENATA PREMA MS/MT S OBZIROM NA DOB, SPOL I RADILIŠTE.....	25
4.2.1 <i>Učestalost agresije psihijatrijskih pacijenata s obzirom na dob MS/MT</i>	26
4.2.2 <i>Učestalost agresije psihijatrijskih pacijenata s obzirom na spol MS/MT</i>	26
4.2.3 <i>Učestalost agresije psihijatrijskih pacijenata s obzirom na radilište</i>	27

4.3	VRSTE AGRESIJE PSIHIJATRIJSKIH PACIJENATA PREMA MS/MT S OBZIROM NA DOB, SPOL I RADILIŠTE	28
4.3.1	<i>Verbalna agresija psihijatrijskih pacijenata s obzirom na dob, spol i radilište MS/MT.....</i>	28
4.3.2	<i>Fizička agresija psihijatrijskih pacijenata s obzirom na dob, spol i radilište MS/MT</i>	30
4.3.3	<i>Seksualna agresija psihijatrijskih pacijenata s obzirom na dob, spol i radilište MS/MT.....</i>	32
4.4	UČESTALOST PRIJAVLJIVANJA AGRESIJE PSIHIJATRIJSKIH PACIJENATA NADLEŽNIM SLUŽBAMA S OBZIROM NA SPOL, GODINE RADNOG STAŽA I STUPANJ OBRAZOVANJA.....	34
4.4.1	<i>Učestalost prijavljivanja agresije psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama s obzirom na spol MS/MT</i>	35
4.4.2	<i>Učestalost prijavljivanja agresije psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama s obzirom na radni staž MS/MT.....</i>	35
4.4.3	<i>Učestalost prijavljivanja agresije psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama s obzirom na stupanj obrazovanja MS/MT.....</i>	36
4.5	SAMOPROCJENA SIGURNOSTI NA RADNOM MJESTU U ODNOSU NA AGRESIJU PSIHIJATRIJSKIH PACIJENATA.....	37
4.5.1	<i>Samoprocjena sigurnosti na radnom mjestu u odnosu na vrste agresije psihijatrijskih pacijenata</i>	38
4.5.2	<i>Samoprocjena sigurnosti na radnom mjestu i broj doživljenih vrsta i oblika agresije psihijatrijskih pacijenata</i>	39
5	RASPRAVA.....	43
6	ZAKLJUČAK.....	51
	LITERATURA	52
	PRILOZI.....	66
	PRILOG A: POPIS ILUSTRACIJA	66
	POPIS SLIKA:	66
	POPIS TABLICA:	66
	PRILOG B: UPITNIK.....	68
	PRILOG C: ODLUKA ETIČKOG POVJERENSTVA ZA BIOMEDICINSKA ISTRAŽIVANJA	73
	ŽIVOTOPIS.....	74

SAŽETAK

UVOD I CILJ: Agresivno ponašanje pacijenata u psihijatrijskim ustanovama globalni je problem koji rezultira fizičkim i psihičkim ozljedama osoblja. Nasilje nad medicinskim sestrama/tehničarima u bolničkoj psihijatriji čest je problem s ozbiljnim posljedicama. Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi učestalost i vrste agresije psihijatrijskih pacijenata prema medicinskim sestrama i tehničarima.

ISPITANICI I METODE: Istraživanje je provedeno na prigodnom uzorku od 120 ispitanika putem online upitnika tijekom travnja i svibnja 2024. godine.

REZULTATI: 92,5% medicinskih sestara/tehničara doživjelo neki oblik agresivnog ponašanja, pri čemu je verbalna agresija najčešća (92,5%), fizička agresija 61,7%, a seksualna agresija 5%. Najveća učestalost agresije zabilježena je na odjelima akutne i forenzičke psihijatrije. Većina ispitanika (72,1%) prijavila je agresiju nadležnim službama, što ukazuje na visoku svijest o važnosti prijavljivanja nasilja. Iako su muškarci češće prijavljivali agresiju, nije utvrđena statistički značajna razlika između spolova. Većina ispitanika (85,0%) izjavila je da se ne osjeća sigurno na radnom mjestu, a oni koji smatraju da zaštita i sigurnost nisu na odgovarajućoj razini izvještavali su o višem intenzitetu doživljene agresije.

ZAKLJUČAK: Većina medicinskih sestara/tehničara se ne osjeća sigurno, s višim intenzitetom doživljene agresije kod onih koji smatraju da zaštita i sigurnost nisu na odgovarajućoj razini. Iako je agresija česta, nema statistički značajnih veza između dobi, spola ili radnog mjesta medicinskih sestara/tehničara i učestalosti agresije, što sugerira da agresija ne bira žrtve na temelju tih demografskih faktora. Ipak, spol i obrazovni stupanj su bitni za prijavljivanje agresije, pri čemu muškarci i osobe sa srednjom razinom obrazovanja češće prijavljuju incidente.

KLJUČNE RIJEČI: agresija, medicinske sestre/tehničari, nasilje na radnom mjestu, pacijenti, psihijatrija.

ABSTRACT

INTRODUCTION AND RESEARCH GOAL: Aggressive behavior by patients in psychiatric institutions is a global problem that results in physical and psychological injuries to staff. Violence against nurses/technicians in hospital psychiatry is a frequent issue with serious consequences. The aim of this study was to determine the frequency and types of aggression by psychiatric patients towards nurses and technicians.

RESPONDENTS AND METHODS: The study was conducted on a convenience sample of 120 respondents via an online questionnaire during April and May 2024.

RESULTS: 92.5% of nurses/technicians experienced some form of aggressive behavior, with verbal aggression being the most common (92.5%), followed by physical aggression (61.7%) and sexual aggression (5%). The highest frequency of aggression was recorded in acute and forensic psychiatric wards. Most respondents (72.1%) reported the aggression to the relevant authorities, indicating a high awareness of the importance of reporting violence. Although men reported aggression more often, no statistically significant difference was found between genders. Most respondents (85.0%) stated that they do not feel safe at work, and those who believe that protection and security are inadequate reported higher levels of experienced aggression.

CONCLUSION: Most nurses/technicians do not feel safe, with higher levels of experienced aggression among those who believe that protection and security are inadequate. Although aggression is common, there are no statistically significant links between the age, gender, or workplace of nurses/technicians and the frequency of aggression, suggesting that aggression does not discriminate based on these demographic factors. However, gender and educational level are important for reporting aggression, with men and those with a secondary level of education more likely to report incidents.

KEY WORDS: Aggression, Nurses, Patients, Psychiatry, Workplace Violence

POPIS KORIŠTENIH KRATICA

SZO	Svjetska zdravstvena organizacija
MS/MT	medicinske sestre/medicinski tehničari
SSS	srednja stručna sprema
RH	Republika Hrvatska
DSM	Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje
GAF	Global Assessment of Functioning
CISD	Critical Incident Stress Debriefing
V-RISK-10	Violence risk screening
HKMS	Hrvatska komora medicinskih sestara
PPHS	Psychiatric and Personal History Schedule
OAS	Overt Aggression Scale
MOAS	Modified Overt Aggression Scale
BVC	Brøset Violence Checklist

1 UVOD

Agresivno ponašanje pacijenata globalni je problem u kliničkoj praksi te prevladava u psihijatrijskom okruženju što rezultira fizičkim i psihičkim ozljedama osoblja. Nasilje nad medicinskim sestrama/tehničarima (MS/MT) od strane pacijenata u psihijatrijskim ustanovama, posebno u bolničkoj psihijatriji, značajan je i čest problem (1) koji ima štetne učinke na MS/MT, pacijente i zdravstvene ustanove (2). MS/MT mogu pretrpjeti ne samo fizičke ozljede, već i psihološke učinke kao što su stres, strah, ljutnja (3) i potencijalno posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) (4). Ta iskustva mogu dovesti do smanjenog zadovoljstva poslom, povećanog izostanka s posla i veće stope fluktuacije osoblja (5–7). Unatoč opsežnim istraživačkim naporima da se razumije, predvidi i kontrolira nasilje u psihijatrijskim bolničkim ustanovama, ono ostaje prevladavajuća profesionalna opasnost (8,9).

Odnos psihijatrijskih MS/MT prema agresiji pacijenata utječe na njihov pristup liječenju istih (10). Procjenjuje se da je stopa učestalosti fizičke agresije prema zdravstvenim radnicima u svijetu 43%, a verbalna agresija 58% (11).

Agresija je svako ponašanje koje uključuje fizički ili psihički napad na drugu osobu, životinju ili predmet s namjerom ozljeđivanja (12). Definicija nasilja je u skladu s definicijom Svjetske zdravstvene organizacije (SZO), koja definira agresiju kao namjernu upotrebu fizičke sile ili moći, prijeteće ili stvarne, protiv sebe, druge osobe ili grupe ili zajednice koja ili rezultira ili postoji velika vjerojatnost da će rezultirati ozljedom, smrti ili psihičkom ozljedom (13).

Agresivno ponašanje može imati mnoge oblike. Agresija često uključuje fizičko ili verbalno nasilje, ali također može uključivati prisilu ili manipulaciju. Verbalna agresija je specifična vrsta psihičkog, odnosno emocionalnog nasilja. Može biti otvorena i prikrivena, ali je uvijek vezana uz kontrolu i manipuliranje žrtvom. Verbalna agresija može se izraziti šutnjom, štetnim ogovaranjem i drugim pasivno-agresivnim ponašanjem, može se sastojati od vike, vrijeđanja, zastrašivanja, prijetnji, posramljivanja i omalovažavanja (14).

Nasilje na radnom mjestu proizlazi iz različitih čimbenika. Pojedinačni aspekti, kao što je ženski spol radnika, mentalna bolest ili zlouporaba supstanci kod pacijenata, mogu povećati rizik od nasilja nad MS/MT. Organizacijski i okolišni čimbenici, uključujući neadekvatnu rasvjetu, sigurnosne propuste i prisutnost potencijalnog

oružja, također doprinose ovom riziku. Nedostatak osoblja, što dovodi do produljenih vremena čekanja pacijenata i izoliranih radnika, dodatno povećava ovu opasnost. Osim toga, uzroci stresa na radnom mjestu kao što su nedovoljna podrška nadređenog, pretjerano opterećenje, loša timska dinamika ili nadolazeće organizacijske promjene, poput smanjenja ili restrukturiranja, mogu pojačati agresiju na radnom mjestu. Okolni kontekst zajednice, karakteriziran visokim stopama kriminala, drogom ili aktivnostima bandi, oskudnim resursima i zategnutim odnosima između manjinskih stanovnika i većinskih pružatelja zdravstvenih usluga, može utjecati na prirodu i opseg nasilja u zdravstvenim ustanovama. Širi društveni pomaci, kao što su norme koje se razvijaju u pogledu prihvatljivosti agresije ili siromaštvo, također mogu utjecati na vjerojatnost nasilja na radnom mjestu. Štoviše, zdravstveni radnici često rade u opasnim okruženjima, što ih direktno izlaže povećanim fizičkim i psihičkim rizicima (7).

1.1. AGRESIJA I NASILJE

Agresija i nasilje su dva pojma koja se često koriste naizmjenično, ali imaju različite definicije i implikacije. Agresija se općenito definira kao ponašanje usmjereno na nanošenje štete drugim osobama ili imovini. S druge strane, nasilje je ekstremni oblik fizičke agresije s namjerom ozbiljnog nanošenja štete. Dakle, dok svako nasilno ponašanje uključuje agresiju, svaka agresija ne rezultira nasiljem (15).

1.1.1 Epidemiologija i vrste agresije

Agresija se može kategorizirati na različite načine, kao što je cilj (usmjerena na sebe ili usmjerena na druge), oblik (fizički ili verbalni, izravni ili neizravni) ili uzrok (medicinski). Najčešće korištena i možda analitički najkorisnija razlika je između predumišljajne i impulzivne agresije (16). Predumišljajna agresija je proračunato ponašanje, obično nije povezano s frustracijom ili neposrednom prijetnjom. Također poznata kao predatorska, instrumentalna ili proaktivna agresija, često je metodična, nedostaje joj autonomno uzbuđenje i provodi se s određenim ciljevima. Ponekad je ova vrsta agresije čak i društveno prihvaćena, primjerice tijekom rata. S druge strane, impulzivna agresija obilježena je intenzivnim autonomnim uzbuđenjem i često je potaknuta provokacijom, što dovodi do negativnih emocija poput ljutnje ili straha. Obično je to reakcija na percipirani stres. Nazvana također kao reaktivna, afektivna ili neprijateljska agresija, postaje patološka kada su agresivni činovi nesrazmjerni

provokaciji. Obrambena agresija, spontani odgovor na ozbiljnu i neposrednu prijetnju, smatra se normalnim aspektom ljudskog ponašanja. Dakle, granica između patološke i impulzivne agresije i tipičnijih oblika agresije nije uvijek jasna, a oni s patološkom agresijom mogu percipirati ili opravdati svoje postupke kao da su u okviru normalnog obrambenog ponašanja (16–19).

Agresivno ponašanje može biti rezultat različitih faktora, uključujući biološke, psihološke i okolišne. Na primjer, razlike u bazalnoj autonomnoj aktivnosti, različite elektrokortikalne reakcije na podražaje i promijenjena morfologija i funkcija mozga mogu doprinijeti agresivnom ponašanju. Također, istraživanja su pokazala da ljudi s visokim stupnjem poremećajima ličnosti pokazuju različite psihofiziološke obrasce odgovora u usporedbi s drugim vrstama osoba sklonih agresiji (15).

Nedavno izvješće SZO procjenjuje da je u jednoj godini 1,43 milijuna ljudi umrlo zbog samoranjanja ili međuljudskog nasilja, ne uključujući oružane sukobe. Ovu brojku prati znatno veći broj nefatalnih incidenata nasilja, pretežno neplaniranih i impulzivnih karaktera (20). Takva impulzivna agresija obilježje je povremenog eksplozivnog poremećaja koji pogađa 7,3% populacije tijekom života (21,22).

Studije o blizancima i obiteljima pokazuju da je razdražljiva/impulzivna agresija, za razliku od agresije s predumišljajem, vrlo nasljedna, s procjenama u rasponu od 44% do 72% (23,24). Ovo je potkrijepljeno meta-analizama studija blizanaca (25). Međudjelovanje genetskih predispozicija i okolišnih čimbenika ključno je u razvoju agresivnog i antisocijalnog ponašanja (23,26). Utjecaji okoline uključuju obiteljsku dinamiku, kao što je izloženost agresiji tijekom djetinjstva, te širi kulturni i socioekonomski kontekst koji može potaknuti agresiju (27,28). Pojedinci genetski predisponirani za agresiju posebno su osjetljivi na utjecaje psihosocijalnog stresa. Naime, geni povezani s transportom serotonina i monoaminooksidaze A (MAO-A) povezani su s nasilnim tendencijama u kombinaciji s zlostavljanjem u djetinjstvu (29–31).

Impulzivna verbalna i fizička agresija simptomi su koji se opažaju kod raznih psihijatrijskih poremećaja, posebice poremećaja osobnosti poput graničnog i antisocijalnog poremećaja osobnosti. Posljedice ovih agresivnih ponašanja su ozbiljne i dovode do obiteljskog nasilja, ozljeda, nezaposlenosti, kaznenih djela, seksualnog napada, pa čak i ubojstava. Među osobama osuđenim za nasilne zločine, gotovo

polovici muškaraca i petini žena dijagnosticiran je antisocijalni poremećaj osobnosti (32).

Sklonost agresiji može varirati ovisno o temeljnim poremećajima ličnosti. U slučaju poremećajima ličnosti i osobnosti, obilježene nedostatkom empatije i površnim šarmom, takva sklonost može dovesti do instrumentalne agresije, antisocijalnog ponašanja i kriminala. Kada je povezana s kognitivnim nedostacima ili neorganiziranim razmišljanjem koje utječe na testiranje stvarnosti, agresija može rezultirati psihotičnim ili nenormalnim djelima, uključujući ubojstva, silovanja i serijska ubojstva. Kod osoba s predispozicijom za anksioznost koje su doživjele traumu, agresivno ponašanje može se pojaviti kao odgovor na okidače povezane s početnom traumom, karakteristično za PTSP. Ekstremna emocionalna osjetljivost i disregulacija mogu rezultirati impulzivnom ili reaktivnom agresijom unutar odnosa, tipičnom za granični poremećaj osobnosti (33). Promjene raspoloženja ili anksiozni poremećaji, poput bipolarnog poremećaja, generaliziranog anksioznog poremećaja ili paničnog poremećaja, također mogu olakšati agresiju. Demencija se često manifestira epizodnom agresijom i nasiljem. Poremećaji zlouporabe opojnih sredstava česta su popratna pojava, pogoršavaju kognitivna iskrivljenja i smanjuju inhibiciju, osobito s alkoholom ili stimulansima (16).

Impulzivna agresija može se shvatiti kao smanjeni prag za aktivaciju agresivnih motoričkih odgovora na vanjske podražaje, bez dovoljnog promišljanja ili razmatranja negativnih ishoda takvog ponašanja. Emocionalno nabijen ili provokativan podražaj koji djeluje kao katalizator za agresivni incident inicijalno obrađuju slušni, vizualni i drugi osjetilni centri. Senzorna oštećenja, kao što su ona povezana sa sluhom ili vidom ili distorzije potencijalno uzrokovane tvarima poput droga ili alkohola, ili metaboličkim anomalijama uslijed bolesti, mogu dovesti do djelomičnih ili izmijenjenih osjetilnih percepcija, čime se povećava mogućnost tumačenja podražaj kao prijetećeg. Nakon ove senzorne obrade, procjena podražaja odvija se unutar ranih područja obrade društvenih informacija, uključujući područja vizualne i slušne integracije, i na kraju u asocijacijska područja višeg reda koja obuhvaćaju prefrontalni, temporalni i parijetalni korteks. Ove preliminarne faze obrade informacija podložne su modifikacijama kulturnim i društvenim utjecajima koji bi mogli promijeniti percepciju provokacije. Oni također mogu biti iskrivljeni kognitivnim nedostacima koji rezultiraju sklonošću paranoidnom razmišljanju ili referentnim uvjerenjima, a mogu biti pod utjecajem negativnih shema koje proizlaze iz razvojnog stresa ili traume, ili iz trajnih negativnih

iskustava, što dovodi do smanjenog povjerenja. Obrada ovih podražaja, u svjetlu prethodnog emocionalnog uvjetovanja pohranjenog u amigdali i povezanim limbičkim područjima, može pokrenuti impuls za agresivno ponašanje (16).

Važno je napomenuti da agresija ostaje heterogeni i multideterminirani fenomen koji zahtijeva višeslojne metodološke i objašnjavajuće pristupe. Stoga, iako postojeće istraživanje pokazuje interindividualne varijacije u sklonosti agresiji i sugerira postojanje nasljednog zajedničkog faktora koji povećava rizik za različita agresivna ponašanja, još uvijek je potrebno daljnje istraživanje kako bi se bolje razumjeli mehanizmi koji stoje iza agresivnog ponašanja i nasilja (15).

Berkowitzeva kognitivno-neoasocijacionistička teorija tvrdi da se osnovni oblik ljutnje nenamjerno izaziva kao odgovor na provokaciju putem asocijativne mreže koja se sastoji od emocija, misli, sjećanja i posebno fizioloških i motoričkih ekspresivnih reakcija (34). Uloga ljutnje kao prethodnice agresivnom ponašanju potkrijepljena je empirijskim istraživanjima (35). Studije su opisale različite manifestacije agresije, kao što je fizička agresija, koja uključuje nanošenje ozljeda fizičkom silom (36), verbalna agresija, koja podrazumijeva verbalno prijetnju drugima (37) i relacijska agresija, koja nastoji potkopati društvene veze manipulativnim taktikama (38).

Fizička agresija, koja uključuje radnje poput udaranja, ugriza i šutiranja, razlikuje se od verbalne agresije, koja uključuje nanošenje štete drugome izgovorenim riječima, poput vrištanja i psovanja (39). Verbalna agresija često spada u širu kategoriju „psihološke“ agresije, usmjerene na izazivanje emocionalnog stresa i psihičke boli (40,41). Relacijska agresija prepoznata je po svojoj jedinstvenosti u odnosu na otvorenu agresiju, kao što su otvoreni sukobi koji uzrokuju fizičku ozljedu, a cilj joj je manipulirati i naštetiti odnosima drugih (38,42).

1.1.2 Nasilje

Nasilje se definira kao „*namjerna upotreba fizičke sile ili moći, prijetnja ili stvarnost, protiv sebe, druge osobe ili protiv skupine ili zajednice, koja ili rezultira ili ima visoku vjerojatnost da će rezultirati ozljedom, smrću, psihološkom štetom, oštećenjem razvoja ili uskraćivanjem.*“ (43). Ova definicija naglašava nužnost namjere u korištenju sile ili moći od strane osobe ili skupine protiv druge osobe da bi se neki

čin okvalificirao kao nasilan. Razlikuje nasilje od slučajnih ozljeda ili povreda. Definicija također naglašava da nasilje ne uključuje samo fizičku silu, već i prijetnju ili stvarno korištenje moći. To može biti usmjereno prema sebi, pojedincu ili većim entitetima kao što su zajednice, kao što se vidi u nasilju bandi ili ugnjetavanju etničkih skupina. Nasilje karakteriziraju ne samo fizička oštećenja, već i psihička oštećenja, poremećaji u razvoju ili uskraćenost. Posljedično, i čin zanemarivanja i aktivno nedjelo se mogu smatrati nasilnim (44).

1.1.3 Vrste nasilja

Nasilje možemo kategorizirati prema prirodi nasilnih radnji i prema odnosu žrtve i počinitelja. Ova tipologija, iako nije savršena ili univerzalno prihvaćena, nudi vrijedan okvir za razumijevanje zamršenih obrazaca nasilja koje se događa globalno i u svakodnevnom životu pojedinaca, obitelji i zajednica. Ona se bavi s nekoliko nedostataka drugih tipologija tako što obuhvaća bit nasilnih radnji, značaj konteksta, dinamiku između počinitelja i žrtve te, u slučajevima kolektivnog nasilja, potencijalne motivacije iza nasilja. Ipak, kako u istraživanju tako i u primjeni, razlike među različitim oblicima nasilja nisu uvijek jasno definirane (45).

- *Fizičko nasilje*

Fizičko nasilje je primjena fizičke sile prema drugoj osobi, odnosno žrtvi, koja se najčešće ogleda u udaranju, šamaranju, grebanju, šutiranju, čupanju za kosu, guranju, saplitanju, pritiskanju, davljenju, nanošenju posjekotina, sputavanju kretanja. Fizičko nasilje podrazumijeva postojanje namjere i želje osobe koja je napadač da ozlijedi drugu osobu. Fizičko nasilje ima za cilj uspostaviti kontrolu nad drugom osobom, kazniti je ili joj nanijeti fizičku ozljedu ili bol (45).

- *Seksualno nasilje*

Seksualno nasilje može se dogoditi na međuljudskoj ili kolektivnoj razini. Seksualno nasilje uključuje seksualni kontakt bez pristanka i nekontaktne radnje bez pristanka seksualne prirode, kao što su voajerizam i seksualno uznemiravanje (46). Djela se kvalificiraju kao seksualno nasilje ako su počinjena nad nekim tko nije u stanju pristati ili odbiti, na primjer zbog dobi, invaliditeta, zlouporabe ovlasti, nasilja ili prijetnji

nasiljem. Silovanje se definira kao „fizički prisilna ili na drugi način prisilna penetracija, čak i ako je neznatna, u vulvu ili anus, korištenjem penisa, drugih dijelova tijela ili predmeta“ (47). Seksualna prisila definirana je kao „čin prisiljavanja (ili pokušaja) drugu osobu nasiljem, prijetnjama, verbalnim inzistiranjem, prijevarom, kulturološkim očekivanjima ili ekonomskim okolnostima uključiti u seksualno ponašanje protiv svoje volje“ (48).

- *Psihološko/psihičko nasilje*

Psihološko nasilje općenito se prepoznaje kao verbalno, mentalno ili emocionalno zlostavljanje s ciljem nanošenja štete pojedincu umanjivanjem njegove dobrobiti, vlastite vrijednosti ili mentalnog zdravlja. Psihološko nasilje uključuje čine kritike, zastrašivanja i pogrđnog jezika usmjerenog od jedne osobe prema drugoj. Emocionalno nasilje podrazumijeva manipuliranje pojedinca iskorištavanjem njegovih emocija, kao što je izazivanje osjećaja srama ili neugodnosti. Pojmovi psihičko zlostavljanje, mentalno zlostavljanje, emocionalno zlostavljanje i psihičko nasilje često se preklapaju u opisivanju ovih ponašanja. Psihološko nasilje pogađa pojedince svih spolova i dobi, manifestirajući se u brojnim ponašanjima. To može uključivati napade na karakter, kao što je optuživanje nekoga za neprestanu nekorektnost, korištenje opscenosti ili pogrđnog jezika, obraćanje nekome omalovažavajućim tonom, iskorištavanje ili ponižavanje nekoga, pretjerano zadirkivanje o nekontroliranim aspektima, prijeteći ozljedom, ignoriranje, osporavanje nečijeg sjećanja na događaje i izgovaranje zlonamjernih ili osvetoljubivih primjedbi o nekome ili njegovim bliskim vezama (49).

- *Uskraćivanje i zanemarivanje*

Zanemarivanje se definira kao „nepružanje potrebne skrbi, pomoći ili usmjeravanja ovisnim odraslim osobama ili djeci od strane pojedinaca koji su odgovorni za njihovu dobrobit. (45)“ Zanemarivanje se može manifestirati u različitim oblicima, uključujući (45):

- *Tjelesno zanemarivanje: nedostatak potrebnih sredstava za održavanje, smještaj, odjeću i sigurnosne mjere. To također*

uključuje neadekvatnu medicinsku ili stomatološku skrb koja ugrožava pojedince izlažući ih opasnim uvjetima ili postupcima.

- *Pasivno zanemarivanje: Čin uskraćivanja ili nemogućnosti opskrbe osnovnim životnim potrepštinama.*
- *Namjerno uskraćivanje: Namjerno odbijanje pružanja pomoći, čime se pojedinac izlaže potencijalnoj tjelesnoj, psihičkoj ili emocionalnoj ozljedi.*
- *Emocionalno zanemarivanje: ometanje društvenog, kognitivnog i emocionalnog razvoja ili dobrobiti osobe.*

Tri podvrste nasilja na temelju odnosa žrtve i počinitelja, kako je definirano u Svjetskom izvještaju o nasilju i zdravlju su (43):

- *Nasilje usmjereno prema sebi: širok pojam koji uključuje suicidalne misli ili radnje i oblike samoozljeđivanja.*
- *Međuljudsko nasilje: obuhvaća čine nasilja i zastrašivanja među članovima obitelji, intimnim partnerima ili pojedincima, bez obzira na njihovo poznanstvo, i nije usmjereno na unapređenje ciljeva bilo koje grupe ili cilja. Ova kategorija uključuje zlostavljanje djece, nasilje među mladima, određene vrste seksualnog nasilja i zlostavljanje starijih osoba.*
- *Kolektivno nasilje: strateško korištenje nasilja od strane pojedinaca koji se povezuju s određenom skupinom, usmjereno protiv druge skupine ili pojedinaca radi ispunjenja političkih, ekonomskih ili društvenih ciljeva. Ovaj oblik nasilja obuhvaća ratovanje, terorizam i nasilne političke sukobe, međudržavne i unutardržavne, kao i djela odobrena od strane države poput genocida, mučenja i sustavnog kršenja ljudskih prava, uz organizirani nasilni kriminal kao što su sukobi bandi. Može se manifestirati u različitim oblicima, uključujući fizičko, seksualno, psihičko nasilje ili čine zanemarivanja i diskriminacije.*

1.2 AGRESIJA I NASILJE PREMA MEDICINSKIM SESTRAMA I TEHNIČARIMA

Agresija prema MS/MT, posebice na psihijatrijskim odjelima, značajan je problem u cijelom svijetu. Pitanje nasilja nad osobljem, posebice MS/MT, privlači pozornost zbog smanjenja resursa za upravljanje populacijom pacijenata koja, čini se, postaje sve nasilnija. Napadi na MS/MT od strane psihijatrijskih pacijenata predstavljaju značajan problem, s potencijalom ozbiljnog utjecaja na žrtve. Dok neki članovi osoblja gledaju na nasilje kao na dio posla i osjećaju se spremni nositi se s njim, stvarnost je da mogu iskusiti slične fizičke i psihičke posljedice kao oni pogođeni prirodnim katastrofama ili urbanim kriminalom (50).

Nacionalno istraživanje o viktimizaciji zločina koje je provelo Ministarstvo pravosuđa Sjedinjenih Država, u razdoblju od 1993. do 1999., otkrilo je da godišnja stopa nasilnih zločina povezanih s poslom bez smrtnog ishoda iznosi 12,6 incidenata na 1000 radnika u svim zanimanjima. Za liječnike je ta stopa porasla na 16,2 na 1000, a za MS/MT čak i viša na 21,9 na 1000. Psihijatri i drugi stručnjaci za mentalno zdravlje suočili su se sa značajno višom stopom od 68,2 na 1000, dok su MS/MT imali stopu od 69 na 1000 (51).

Presudno je razumijevanje da nasilje obuhvaća složena ponašanja povezana s kliničkim i društvenim čimbenicima.

1.2.1 Čimbenici rizika za nasilno ponašanje psihijatrijskih pacijenata

Prevladavajuće uvjerenje da su mentalni poremećaji snažno povezani s nasiljem, kao i stigma koja okružuje mentalne bolesti, mogu proizaći iz tendencije izjednačavanja mentalnih poremećaja s opasnošću. Studije su pokazale da pojedinci kojima je dijagnosticiran teški mentalni poremećaj mogu imati veći rizik od sudjelovanja u nasilnim radnjama u usporedbi s općom populacijom, a navodno je i agresivno ponašanje češće među ovom skupinom (55,56). Unatoč tome, nalazi istraživanja na ovu temu su različiti i ne podupiru uvijek te percepcije (57). Konsenzus je da kombinacija teške mentalne bolesti s određenim čimbenicima rizika značajno povećava vjerojatnost agresivnog ponašanja (52,53). Značajni čimbenici rizika za nasilje među osobama s teškim mentalnim poremećajima uključuju muški spol, niže

razine obrazovanja (54–57), zlouporabu sredstava ovisnosti (58,59), određene psihijatrijske simptome (60) i nepridržavanje uzimanja lijekova (61).

Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-5) pristup definiranju ozbiljnosti mentalne bolesti razlikuje se ovisno o poremećaju. Depresija i manija se kategoriziraju kao blage, umjerene ili teške na temelju broja simptoma, razine stresa i društvenih ili profesionalnih poremećaja. Poremećaji ovisnosti o alkoholu i drogama klasificirani su kao blagi (2-3 kriterija), umjereni (4-5 kriterija) ili teški (6+ kriterija). Pristup DSM-5 definiranju razina ozbiljnosti je različit, pri čemu neke definicije ističu količinu ispunjenih kriterija, druge glavne karakteristike poremećaja, neke stupanj distresa, a treće reakciju na liječenje i predviđanje tijeka (62).

Izraz „teška mentalna bolest“ označava kategoriju psiholoških stanja koja su toliko teška da značajno ometaju sposobnost pojedinca da obavlja funkcionalne i profesionalne zadatke. Shizofrenija i bipolarni poremećaj obično se klasificiraju kao teške mentalne bolesti. Teške mentalne bolesti predstavlja manju, intenzivniju skupinu mentalnih bolesti; karakterizirane su jednim ili više mentalnih poremećaja, poremećaja ponašanja ili emocionalnih poremećaja koji uzrokuju ozbiljno funkcionalno oštećenje, značajno ometajući ili ograničavajući jednu ili više glavnih životnih aktivnosti, kako je definirao Nacionalni institut za mentalno zdravlje. Stanja klasificirana pod teškim mentalnim bolestima uključuju veliku depresiju, shizofreniju, bipolarni poremećaj, opsesivno-kompulzivni poremećaj, panični poremećaj, posttraumatski stresni poremećaj i granični poremećaj osobnosti (63).

Studija Epidemiološkog područja Nacionalnog instituta za mentalno zdravlje SAD analizirala je stope psihijatrijskih poremećaja među 17 803 osobe u pet američkih zajednica. Pojedinci s teškim mentalnim bolestima, poput shizofrenije, velike depresije ili bipolarnog poremećaja, imali dva do tri puta veću vjerojatnost da će pokazati nasilničko ponašanje u usporedbi s onima bez takvih stanja (64).

Suprotno tome, Friedman je u časopisu *New England Journal of Medicine* primijetio da teška mentalna bolest, budući da je relativno rijetka, minimalno doprinosi ukupnoj stopi nasilja u općoj populaciji, s procijenjenim pripisanim rizikom od 3 do 5 posto, znatno manjim od povezanih rizika sa zlouporabom sredstava ovisnosti (51,65). Osobe koje nisu mentalno bolesne i koje zlorabe sredstva ovisnosti, imaju gotovo sedam puta veću vjerojatnost da će se upustiti u nasilno ponašanje. Stoga se čini da

nasilje među osobama s teškim mentalnim bolestima često proizlazi iz kombinacije više čimbenika rizika (51). Iako je samo mali dio psihijatrijskih pacijenata nasilan, istraživanja pokazuju da određene podskupine pacijenata, poput onih s problemima zlouporabe sredstava ovisnosti, psihoza ili nepridržavanja liječenja, imaju veću sklonost nasilju (66).

Spolne razlike očite su u društvenim obrascima agresije. Muškarci su kroz povijest bili fizički agresivniji od žena, što se odražava u višim stopama uhićenja za ubojstva i nasilne zločine. Međutim, istraživanja pokazuju da psihijatrijski poremećaji mogu umanjiti te rodne razlike, ponekad ih potpuno iskorijeniti (67). Tardiff i suradnici otkrili su da je nasilje među pacijenticama jednako vjerojatno kao i među pacijentima, sa sličnim karakteristikama u nasilnim incidentima. Obično je takvo nasilje usmjereno na članove osoblja unutar ustanova, a iako je oružje rijetko korišteno, značajan dio tih incidenata doveo je do fizičkih ozljeda (66). Krakowski i Czobor istraživali su vezu između nasilja i pozitivnih psihotičnih simptoma, otkrivajući jednakost između muškaraca i žena. Pretpostavili su da bi za žene privremeni porast fizičkog nasilja mogao signalizirati povećano uzbuđenje i uzbuđenje zbog akutnih psihotičnih simptoma. Za muškarce, dok akutni simptomi manje utječu na pojavu nasilja, psihotični simptomi mogu pojačati temeljne antisocijalne tendencije (67).

Dob je još jedan faktor koji utječe na manifestaciju nasilja kod osoba s psihozom. James i suradnici primijetili su da su mlađi pacijenti na akutnom psihijatrijskom odjelu bili skloniji nasilju u usporedbi sa starijim pacijentima (68). Anketa psihijatara koju su proveli Faulkner i suradnici otkrila je da je većina agresivnih pacijenata mlađa od 30 godina, dok su mlađi pojedinci češće bili uključeni u ponovljene nasilne epizode (69).

Douglas i Skeem (2005) kategorizirali su čimbenike rizika za nasilje u dvije vrste; statičke i dinamičke (70). Statički čimbenici rizika su nepromjenjive karakteristike pacijenta, kao što su demografija, psihijatrijska povijest i prethodno nasilno ponašanje - potonje je najpouzdaniji statički prediktor budućeg nasilja. Vjerojatnost budućeg nasilja eskalira s učestalošću prošlih nasilnih incidenata. Impulzivnost je također povezana s većim rizikom od nasilja. Drugi statički čimbenici rizika uključuju muški spol, mlađu dob, niži kvocijent inteligencije, povijest ozljeda glave ili neuroloških problema, disocijativne epizode, vojnu prošlost, obuku u oružju i ozbiljne dijagnoze

mentalnih bolesti. Iako su glavne mentalne bolesti statičke, njihovi aktivni simptomi mogu točnije predvidjeti rizik od nasilja i stoga su dinamički čimbenici (70). Dinamički čimbenici rizika, koji se mogu modificirati kliničkom intervencijom, uključuju zlouporabu supstanci, iluzije progona, halucinacije zapovijedi, nepoštivanje liječenja, impulzivnost, niske rezultate globalne procjene funkcioniranja (engl. Global Assessment of Functioning – GAF), sklonosti ubojstvu, depresiju, očaj, suicidalne misli, održivost ubojstvenih planova, pristup oružju i nedavni transferi oružja. Procjena rizika zahtijeva razmatranje pacijentove svijesti o svom stanju, je li nasilje u suprotnosti s njihovim egom ili je povezano s psihozom, pridržavanje terapije, dostupnost oružja i prisutnost podržavajućeg i strukturiranog kućnog okruženja. Kliničari se suočavaju sa značajnim rizicima kada potencijalne prijetnje nisu prepoznate ili intuitivno shvaćene (71).

1.3 UČESTALOST I POSLJEDICE AGRESIJE I NASILJA NA MEDICINSKE SESTRE I TEHNIČARE

Nakon napada na MS/MT često se postavlja pitanje je li se incident mogao izbjeći. Brojne su studije istraživale osoblje koje je najosjetljivije na nasilje inicirano od strane pacijenata. Erdos i Hughes otkrili su da su članovi osoblja koji najčešće komuniciraju s pacijentima, osobito MS/MT, izloženi povećanom riziku od napada. Studija je također istraživala utjecaj nasilnih incidenata na MS/MT. Dok su neki MS/MT pretrpjeli manje ozljede koje su dovele do bolovanja ili ograničenih dužnosti, manjina je pretrpjela ozbiljne ozljede opasne po život, uključujući prijelome, razderotine, modrice ili gubitak svijesti. Četrdeset pet posto pogođenog osoblja zahtijevalo je bolovanje, a 65 posto trebala je cijelu godinu za oporavak. Neke su žrtve prijavile znakove PTSP-a, kao što su pojačani refleksi preplašenosti, izmijenjeni obrasci spavanja, povećana napetost mišića i raširena bol (72). Sheridan i suradnici također su identificirali MS/MT kao posebno ranjive na napade pacijenata zbog njihove česte, bliske interakcije s pacijentima i njihove uloge u postavljanju granica, što ih može pozicionirati kao autoritete ili protivnike u očima pacijenata (73).

1.3.1 Liječenje MS/MT žrtava napada od strane pacijenata

Mogućnosti liječenja za MS/MT koji su bili žrtve napada od strane pacijenata su različite. Erdos i Hughes raspravljali su o korištenju izvješćivanja o stresu u kritičnom incidentu (engl. Critical Incident Stress Debriefing - CISD), koji obuhvaća šest faza koje se obično provode tijekom tri sata: uvod, činjenica, osjećaj, simptom, podučavanje i ponovni ulazak. U uvodu, voditelj ističe svrhu izvještavanja. Tijekom faze činjenica, sudionici detaljno iznose svoju uključenost u incident. Faza osjećaja omogućuje izražavanje misli o incidentu. Faza simptoma je za opisivanje fizičkih i psihičkih simptoma, nakon čega slijedi analiza odgovora na stres. Faza podučavanja uključuje voditeljevo opisivanje simptoma kojih treba biti svjestan kod sebe i kod drugih. Faza ponovnog ulaska uključuje uvjeravanje i planiranje praćenja. Ova intervencija može umanjiti štetne učinke traumatskih događaja pomažući žrtvama u suočavanju, smanjujući osjećaj bespomoćnosti i straha te osiguravajući emocionalno okruženje koje podržava (72).

MS/MT moraju biti upoznati s institucionalnim protokolima za prijavu nasilja. Mnogi MS/MT navode da nisu upoznati s jasnim politikama za upravljanje i prijavljivanje nasilnih incidenata. Studija je pokazala da je mali dio napadnutih MS/MT prijavio incident, a još ih je manje tražilo naknadnu podršku ili savjetovanje. Ovo nedovoljno prijavljivanje je alarmantno zbog značajnog fizičkog i psihičkog utjecaja nasilnih napada. Studija je također pokazala da se tendencija neprijavlivanja napadačkog ponašanja nastavlja i nakon obuke i tretmana (10).

1.4 PREVENCIJA AGRESIJE I NASILJA NAD MEDICINSKIM SESTRAMA I TEHNIČARIMA

Sheridan i suradnici istaknuli su da bi se MS/MT mogli previše fokusirati na kontrolu nasilja obuzdavanjem, lijekovima i izolacijom, zanemarujući preventivne mjere. Tvrdi da bi se dugoročne koristi mogle postići promjenom obrazaca ponašanja. Istraživanje pokazuje da pacijenti koji su podvrgnuti opetovanim farmakološkim ili fizičkim sputavanjima mogu vidjeti nasilje kao valjan izraz straha, ljutnje ili frustracije. Poučavanje alternativnim strategijama, kao što je verbalna komunikacija emocija,

asertivno umjesto agresivnog ponašanja, prepoznavanje eskalacije ljutnje i samoodstranjivanje iz provokativnih situacija, moglo bi biti učinkovitije. Osim toga, ključno je razumjeti kako negativne misli potiču agresiju i poboljšati vještine rješavanja sukoba (73). U eri ograničenih proračuna za zdravstvo, strukturirane procjene rizika nude isplativu strategiju za smanjenje nasilja.

Abderhalden i suradnici proveli su studiju o procjeni rizika od nasilja na stacionarnom psihijatrijskom odjelu, provodeći procjene dva puta dnevno tijekom prva tri dana hospitalizacije za pacijente s akutnim psihijatrijskim simptomima. Ove procjene, praćene intervencijama specifičnim za pacijenta, pokazale su učinkovitost u smanjenju nasilja (74). Takve procjene su ključne u predviđanju i prevenciji nasilnog ponašanja kod pacijenata i trebale bi biti sastavni dio liječenja i planova upravljanja (10).

Većina alata za procjenu rizika od nasilja prvotno je dizajnirana za forenzičke primjene, za korištenje pri otpuštanju pacijenata natrag u zajednicu nakon opsežnog liječenja. Ipak, postoji rastuća potražnja za specijaliziranim, sažetim i strukturiranim instrumentima za procjenu rizika za donošenje odluka u kratkoj psihijatrijskoj skrbi. Norveški istraživači razvili su alat za Provjeru rizika od nasilja V-RISK-10. V-RISK-10 je alat za probir za identifikaciju pojedinaca s mogućim rizikom od dana do godine na temelju procjene statičkih i dinamičkih čimbenika rizika (75).

U psihijatrijskim ustanovama formalna obuka za procjenu rizika trenutno je minimalna. Studija u Oregonu (SAD) otkrila je da je 40 % ispitanih psihijatara prošlo bilo kakvu obuku o upravljanju nasiljem. Nadalje, značajna studija pokazala je da jedna trećina psihijatrijskih specijalizanata nije dovoljno obučena za upravljanje nasilnim pacijentima i procjenu potencijalnog nasilja. Ovo je alarmantno jer su manje iskusni kliničari izloženi većem riziku od viktimizacije. Osim toga, nedovoljna obuka može nepovoljno utjecati na stavove osoblja prema upravljanju i liječenju nasilnih psihijatrijskih pacijenata, što potencijalno može dovesti do neoptimalnog terapijskog okruženja. Stoga je neophodno uključiti sveobuhvatnu obuku za rukovanje nasilnim pacijentima u programe obuke cjelokupnog psihijatrijskog osoblja, uključujući MS/MT, kako bi se osigurala učinkovita procjena, liječenje i upravljanje (10).

Uočeni porast nasilja pacijenata nad MS/MT korelira sa smanjenjem stalnog medicinskog osoblja. Ovoj pojavi mogu pridonijeti različiti čimbenici. Jedna je hipoteza

da pacijenti sklone nasilju, često psihotični, zahtijevaju stabilnost i kontinuitet u svojoj okolini. James i njegovi kolege pretpostavili su da bi se osoblje moglo manje baviti visoko poremećenim pacijentima, što bi navelo pacijente da pribjegu nasilju kao sredstvu privlačenja pozornosti. Za MS/MT je ključno uspostaviti razumne granice ponašanja i biti vješt u tehnikama kontrole agresije (68).

Swanson zagovara da se strukturirane procjene rizika provode isključivo na pacijentima s poviješću nasilja ili onima koji izražavaju namjere budućeg nanošenja štete. Swanson također poziva na razvoj preciznijih i učinkovitijih alata za procjenu takvih pacijenata (76).

Agresija nad djelatnicima psihijatrijskih odjela stalan je problem u psihijatrijskoj bolničkoj skrbi. Istraživanja pokazuju da su djelatnici izloženi većem riziku nad pacijentima nego pacijenti (50). MS/MT koje rade na psihijatrijskim odjelima posebno su ranjiva skupina, osobito žene (77). Napad psihijatrijskih pacijenata na MS/MT su i stvarnost i zabrinjavajuća pojava, budući da učinci agresije mogu biti razorni za žrtvu (72). Istraživanje koje su proveli Bekelepi i sur. tijekom 2023. godine je imalo za cilj utvrditi samoprijavljene incidente fizičke i verbalne agresije nad medicinskim sestrama koje rade u akutnim psihijatrijskim jedinicama u Western Capeu, Južnoafrička Republika. Većina ispitanika (74%, n=26) bile su žene i uglavnom su doživjele verbalnu agresiju. Fizička agresija bilo je prisutno u 34%, a verbalno u 83% incidenta (78). Budući da je agresija složeno ponašanje povezano s kliničkim, ali i društvenim komponentama i pristupima psihijatrijske skrbi, posebno je važno istražiti agresivno i nasilno ponašanje psihijatrijskih pacijenata u različitim okruženjima i zemljama kako bi se otkrili rizični ili zaštitni čimbenici (79).

Istraživanja u Hrvatskoj također ukazuju na veliki problem nasilja nad MS/MT. Istraživanje provedeno 2020. godine, kojem je cilj bio ispitati prisutnost nasilja na radnom mjestu nad MS/MT i identificirati vrste i izvore nasilja na radnom mjestu, a u kojem je sudjelovalo 328 ispitanika, čak 257 (78,4%) je više puta doživjelo neki oblik nasilja na radnom mjestu. Najčešći oblik nasilja bilo je verbalno nasilje, s prevalencijom od 82,6%. Fizičko nasilje bilo je prisutno u 29,3% ispitanika koji su ga doživjeli više puta, dok je seksualno zlostavljanje zabilježeno kod 15,5% ispitanika (80).

Istraživanje provedeno 2014. među 792 MS/MT iz 6 bolnica u Hrvatskoj otkriva zabrinjavajuću razinu nasilja koje doživljavaju na radnom mjestu. U kliničkim bolnicama, 21,3% ispitanika izvijestilo je o napadima od strane pacijenata, što je više od pet puta češće nego u općim bolnicama. Uvredljivo ponašanje pacijenata također je bilo znatno češće u kliničkim bolnicama, s 46,4% naspram 27,9% u općim bolnicama. Fizičko nasilje najčešće je dolazilo od pacijenata, s 79,2% slučajeva, dok su kolege bili izvršitelji u 12,2% slučajeva. Ovi rezultati ukazuju na hitnu potrebu za edukacijom zdravstvenih djelatnika o zaštiti od napada, s obzirom na to da veliki broj djelatnika nije obučen za takve situacije, bez obzira na vrstu ustanove u kojoj rade (81).

2 CILJEVI I HIPOTEZE

Glavni cilj ovog rada bio je utvrditi učestalost i vrste agresije psihijatrijskih pacijenata prema MS/MT.

Specifični ciljevi istraživanja su:

C1: Utvrditi učestalost agresije psihijatrijskih pacijenata prema MS/MT s obzirom na dob, spol i radilište.

C2: Utvrditi vrste agresije psihijatrijskih pacijenata prema MS/MT s obzirom na dob, spol i radilište.

C3: Utvrditi učestalost prijavljivanja agresije psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama u odnosu na spol, godine radnog staža i stupanj obrazovanja.

C4: Utvrditi samoprocjenu sigurnosti na radnom mjestu u odnosu na agresiju psihijatrijskih pacijenata.

Prema utvrđenim ciljevima postavljene su sljedeće istraživačke hipoteze:

H1: Ispitanici mlađe životne dobi, ženskog spola, koji rade na odjelima akutne psihijatrijske skrbi češće doživljavaju agresiju psihijatrijskih pacijenata.

H2: Ispitanici mlađe životne dobi, ženskog spola, koji rade na odjelima akutne psihijatrijske skrbi najčešće su izloženi verbalnoj agresiji psihijatrijskih pacijenata.

H3: Doživljenu agresiju psihijatrijskih pacijenata češće prijavljuju ispitanici muškog spola, oni sa više godina radnog staža i s višim stupnjem obrazovanja.

H4: Većina ispitanika koji su doživjeli neki od oblika agresije na radu ne osjećaju se sigurno na radnom mjestu.

3 ISPITANICI I METODE

Ovo istraživanje je presječno kvantitativno istraživanje, provedeno na prigodnom uzorku ispitanika. Ispitivanje je provedeno tijekom travnja i svibnja 2024. godine putem online upitnika.

3.1 *ISPITANICI*

Ispitanici u ovom istraživanju su medicinske sestre i medicinski tehničari zaposleni na psihijatrijskim odjelima na području Republike Hrvatske. Ukupno je u istraživanju sudjelovalo 120 MS/MT, prosječne dobi 38,44 godina (SD=10,81) zaposlenih na psihijatrijskim odjelima ustanova na području Republike Hrvatske.

3.2 *METODE*

3.2.1 *Upitnik percepcije medicinskih sestara/tehničara o agresiji pacijenata na psihijatriji*

Za istraživanje su korišteni dijelovi dvaju upitnika: Samoprocjena sigurnosti na radnom mjestu preuzeto iz istraživanja Hrvatske komore medicinskih sestara (HKMS) koje je provedeno 2018. godine (82), te dio upitnika preuzetog iz diplomskog rada pod nazivom „Samopercepcija medicinskih sestara/tehničara o doživljenom nasilju na radu u Zavodu za hitnu medicinu“ (83). Za oba upitnika zatražena je i dobivena dozvola autora za korištenje upitnika.

Upitnik je podijeljen u tri djela (Prilog B), ukupno ima 13 pitanja. Prvi dio upitnika sadrži 5 općih pitanja o demografskim značajkama ispitanika. Drugi dio upitnika sastoji se od 5 pitanja koja ispituju prisutnost agresije na radnom mjestu (pitanja 1. i 2.), učestalost prijavljivanja agresije na radnom mjestu (pitanje 3.), te samoprocjena sigurnosti na radnom mjestu (pitanja 4. i 5.). Treći dio upitnika sastoji se od 3 pitanja koja detaljnije ispituju vrste agresije na radnom mjestu. U uvodnom dijelu upitnika svi

ispitanici bili su upoznati s ciljem i sadržajem istraživanja, da je upitnik anonimn i dobrovoljan, te da daljnjim ispunjavanjem upitnika ujedno i pristaju na korištenje dobivenih rezultata za navedeno istraživanje.

3.2.2 Postupak

Podaci u istraživanju su se prikupljali putem online anonimnog upitnika koji je bio izrađen na *Google Forms* platformi. Ispitanici su putem komunikacijskih platformi *WhatsUp-a*, *Vibera*, grupa podrške medicinskih sestrama i tehničarima na *Facebooku* i e-maila od strane istraživača dobili na svoje mail adrese link za pristup upitniku.

Procijenjeno vrijeme za ispunjavanje upitnika je bilo 10 minuta. U uvodnom dijelu upitnika (Prilog B) su svi ispitanici bili upoznati s ciljem i sadržajem istraživanja, da je upitnik anonimn i dobrovoljan, te da su daljnjim ispunjavanjem upitnika ujedno i pristali na korištenje dobivenih rezultata za navedeno istraživanje.

Problem koji se mogao javiti bio je nesuradljivost i nezainteresiranost za ispunjavanje upitnika, zbog čega se moglo imati osipanje uzorka. S obzirom na samu temu i svrhu istraživanja, informiranjem ispitanika o važnosti samog istraživačkog rada, pokušalo se ih motivirati na sudjelovanje.

3.3 STATISTIČKA OBRADA PODATAKA

Mjerene varijable bile su pojavnost agresije, vrste agresije, stopa prijavljivanja agresije, samoprocjena sigurnosti na radnom mjestu, dob, spol, radilište, radni staž, i razina obrazovanja.

Nezavisne varijable spol, radilište i razina obrazovanja, koje su kategorijske varijable na nominalnoj skali, bile su opisane apsolutnim i relativnim frekvencijama. Nezavisne varijable dob i godine radnog staža, kao brojčane varijable na omjernoj ljestvici, bile su opisane aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom.

Zavisne varijable su također bile detaljno analizirane. Varijabla pojavnost agresije, izražena na nominalnoj ljestvici (da, ne), bila je opisana apsolutnim

frekvencijama i postocima. Varijabla vrste agresije, izražena na nominalnoj ljestvici (verbalno, fizičko, seksualno), bila je opisana apsolutnim frekvencijama i postocima. Za svaku vrstu agresije detaljno su bili opisani oblici nasilja, kao što su blokiranje prolaza, unošenje u lice, guranje rukama, udarac rukom ili predmetom, ometanje u izvođenju intervencije, hvatanje za ruku, vikanje, verbalne prijetnje, vrijeđanje, omalovažavanje, psovanje, neprimjereni komentari na osobni izgled, neprimjereno dodirivanje tijela, neprimjereno komentiranje pred drugim kolegama, prisila na spolni odnos, simuliranje spolnog odnosa kroz pokrete, grimase lica, i ostalo, sve opisano apsolutnim frekvencijama i postocima.

Varijabla stopa prijavljivanja doživljene agresije, izražena na nominalnoj ljestvici (da, ne, nikada nisam doživio/la nikakav oblik nasilja), bila je opisana apsolutnim frekvencijama i postocima.

Naposljetku, varijabla osjećaj sigurnosti na radnom mjestu, ispituje se kroz četvrto i peto pitanje, izraženo na ordinalnoj ljestvici (da, ne, ponekad, nikada nisam doživio/la nikakav oblik nasilja), bila je opisana apsolutnim frekvencijama i postocima.

Prikupljeni podaci upisani su u tablice oblikovane u programu MS Excel (Microsoft Corporation, SAD) i statistički obrađeni u programu IBM® SPSS® Statistics Version 20.

Kategorijski podaci prikazani su učestalošću (n) i relativnom učestalošću (%) te uspoređeni odgovarajućim testom za kategorijske podatke. Nominalni podaci uspoređeni su Hi-kvadrat testom i testom proporcija. Ordinalni podaci uspoređeni su Mann-Whitney U testom.

Kvantitativni podaci prikazani su odgovarajućom srednjom vrijednosti i mjerama raspršenja ovisno o vrsti raspodjele koja je testirana Kolmogorov-Smirnovljevim testom te uspoređeni odgovarajućim parametrijskim ili neparametrijskim postupkom.

Statistički značajnima smatraju se svi zaključci uz razinu $p < 0,05$.

3.4 ETIČKI ASPEKTI ISTRAŽIVANJA

Za provedbu ovog istraživanja dobiveno je odobrenje Etičkog povjerenstva Fakulteta zdravstvenih studija (Prilog C). Na početku upitnika, svi sudionici bili su upoznati s ciljem i sadržajem istraživanja (Prilog B), a ispunjavanje upitnika smatralo se informiranim pristankom kojim su sudionici pristali na korištenje rezultata u istraživačke svrhe. Sudionici su se dobrovoljno odlučili sudjelovati u istraživanju i imali su mogućnost u bilo kojem trenutku odustati od ispunjavanja upitnika ako su to željeli. Integritet i privatnost sudionika kao pojedinaca nisu bili ugroženi, a provođenje istraživanja bilo je u skladu s osnovnim etičkim i bioetičkim principima - pravednošću, dobroćinstvom, neškodljivošću i osobnim integritetom, uzimajući u obzir Helsinšku deklaraciju. Autor ovog diplomskog rada, mentorica i komentorica imali su pristup podacima iz anketnog upitnika i koristili su ih isključivo za izradu diplomskog rada i potencijalne znanstvene publikacije.

4 REZULTATI

4.1 OPIS ISPITANIKA

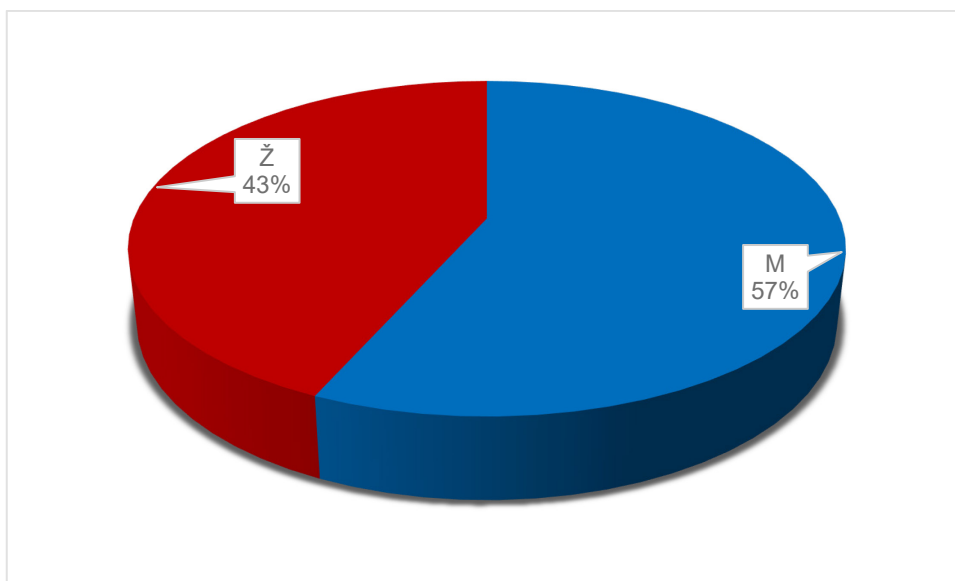
U istraživanju je sudjelovalo N=120 ispitanika, MS/MT (M=68; 56,7%, Ž=52; 43,3%) prosječne starosne dobi 38,44 godina (SD=10,81) zaposlenih na psihijatrijskim odjelima ustanova na području RH (Tablica 1.).

Tablica 1. Sociodemografski podaci sudionika istraživanja

	M		Ž		ukupno	
	n	%	n	%	n	%
	68	56,7	52	43,3	120	100,0
Dob						
<=29	12	17,6	15	28,8	27	22,5
30-39	30	44,1	15	28,8	45	37,5
40-49	13	19,1	15	28,8	28	23,3
50<=	13	19,1	7	13,5	20	16,7
Stupanj obrazovanja						
SSS	45	66,2	25	48,1	70	58,3
Prvostupništvo	19	27,9	21	40,4	40	33,3
Magisterij	4	5,9	6	11,5	10	8,3
Godine radnog staža						
<=9	17	25,0	16	30,8	33	27,5
10-19	29	42,6	15	28,8	44	36,7
20-29	11	16,2	14	26,9	25	20,8
30<=	11	16,2	7	13,5	18	15
Radilište						
akutna (urgentna) psihijatrija i krizna stanja	20	29,4	10	19,2	30	25,0
forenzička psihijatrija	17	25,0	4	7,7	21	17,5
bolesti ovisnosti	13	19,1	7	13,5	20	16,7
afektivni poremećaji i granična stanja	4	5,9	5	9,6	9	7,5
adolescentna psihijatrija	0	0,0	0	0,0	0	0,0
psihotrauma	0	0,0	2	3,8	2	1,7
dnevna bolnica	5	7,4	2	3,8	7	5,8
ostalo	9	13,2	22	42,3	31	25,8

4.1.1 Spol

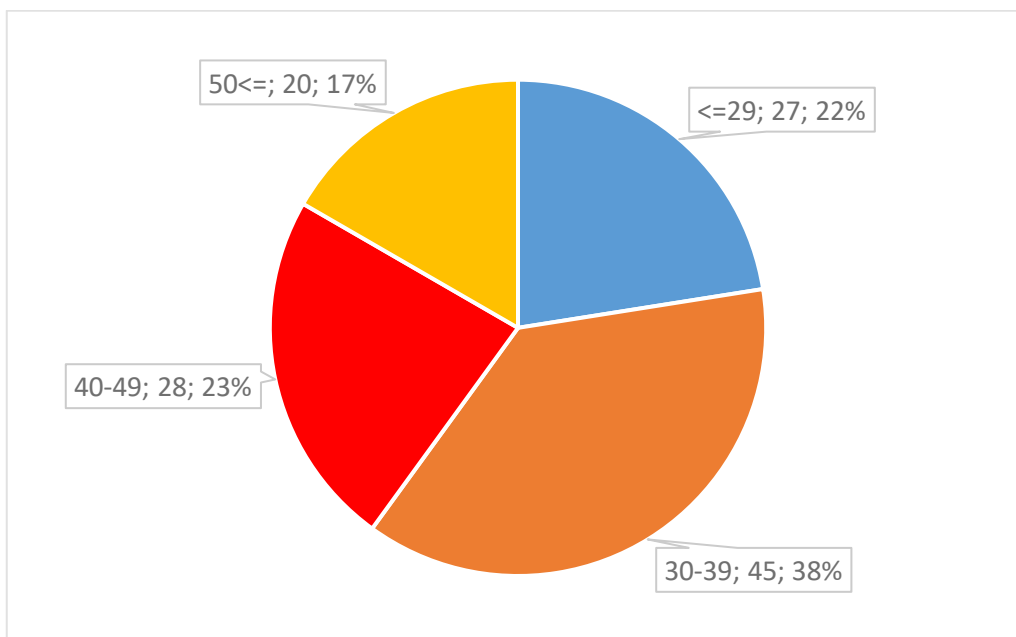
U istraživanju je sudjelovalo više muškaraca (57%) nego žena (43%) (Slika 1.).



Slika 1. Udio ispitanika prema spolu

4.1.2 Dobne skupine

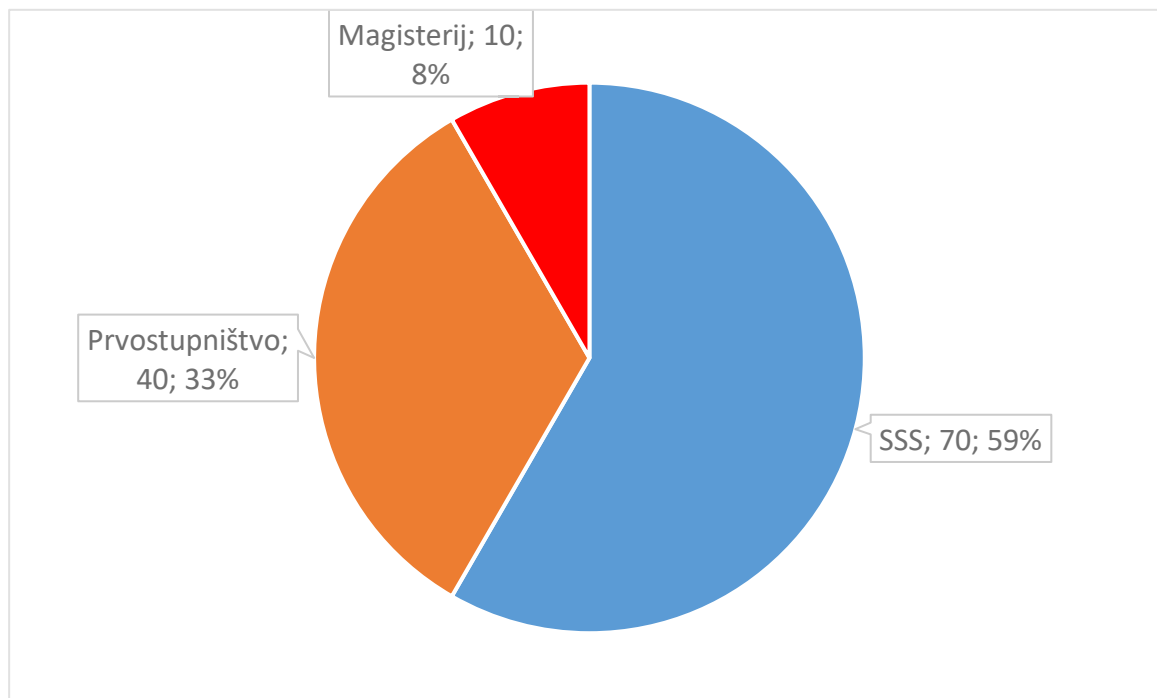
Većina ispitanika je u dobnoj kategoriji između 30 i 39 godina (38%), dok su ostale dobne kategorije podjednako zastupljene (Slika 2.)



Slika 2. Udio ispitanika prema dobnim skupinama

4.1.3 Stupanj obrazovanja

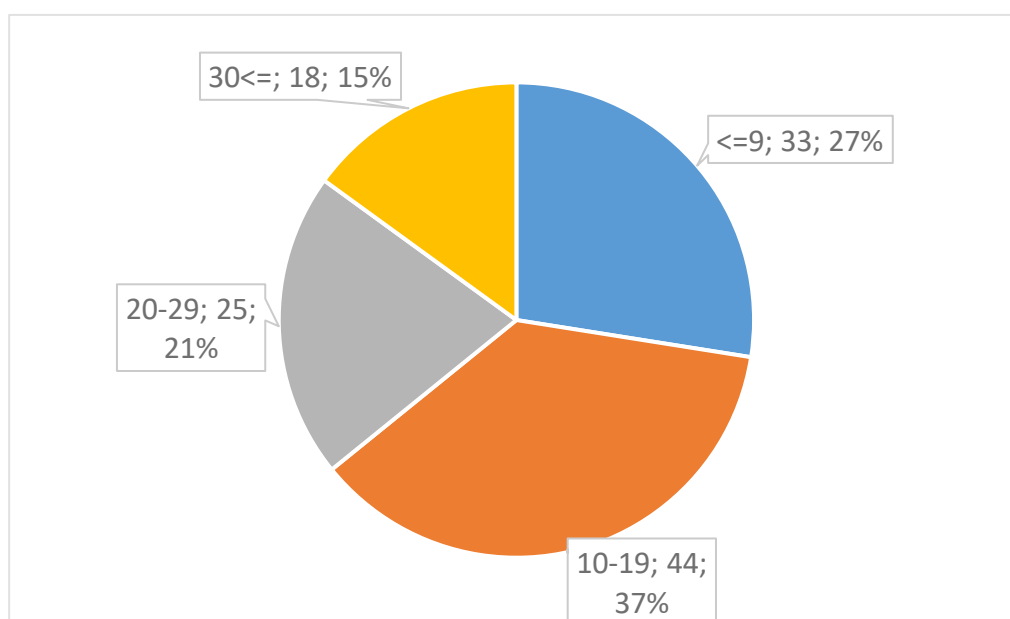
Prema stupnju obrazovanja prevladavaju ispitanici srednje stručne spreme (59%), dok je najmanje ispitanika s magisterijem (8%) (Slika 3.).



Slika 3. Udio ispitanika prema stupnju obrazovanja

4.1.4 Radni staž

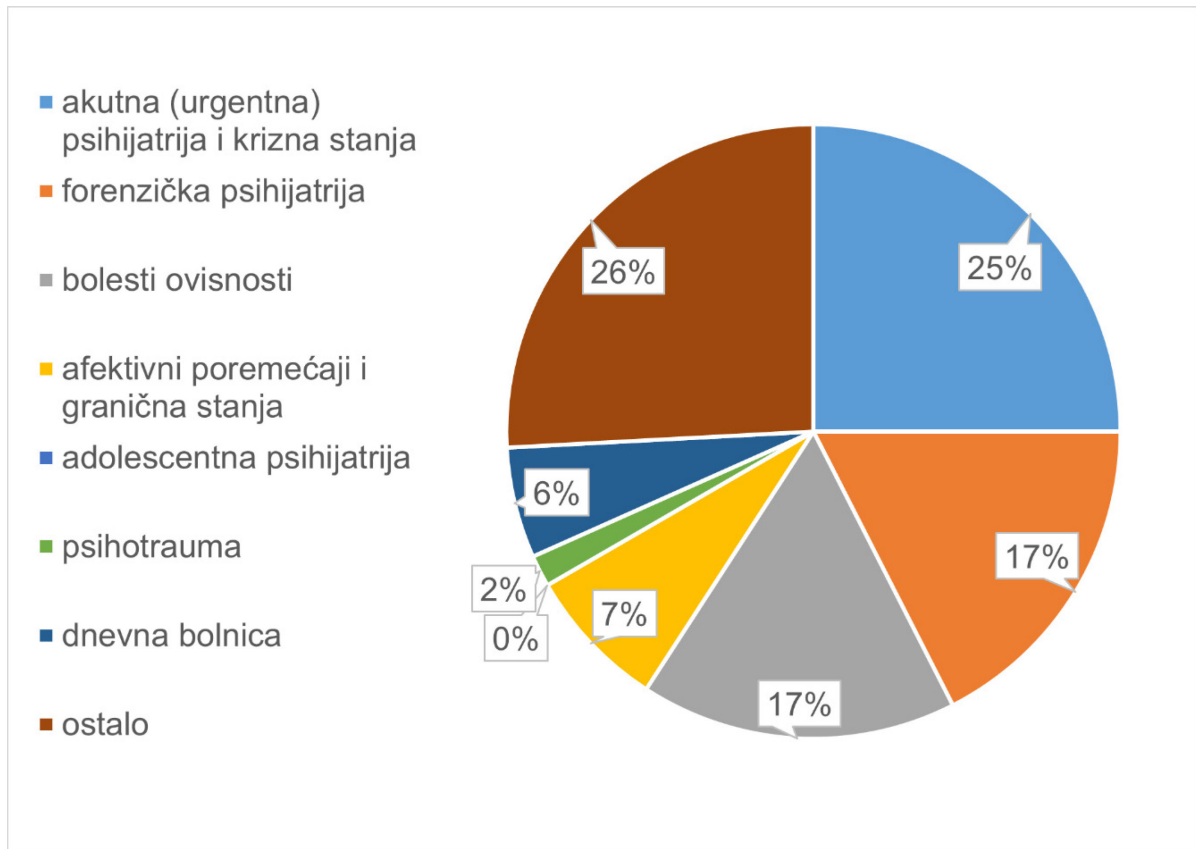
Najviše ispitanika radi između 10 i 19 godina (37%), dok je najmanje ispitanika s radnim stažem preko 30 godina (15%) (Slika 4.).



Slika 4. Udio ispitanika prema godinama radnog staža

4.1.5 Vrsta radilišta

Većina ispitanika radi na akutnom (25%), forenzičkom (17%) ili odjelu ovisnosti (17%). Preko četvrtine ispitanika nije se moglo svrstati u predviđene kategorije (Slika 5.).



Slika 5. Raspodjela ispitanika prema radilištima

4.2 UČESTALOST AGRESIJE PSIHIJATRIJSKIH PACIJENATA PREMA MS/MT S OBZIROM NA DOB, SPOL I RADILIŠTE

Bilo koji oblik agresije na radnom mjestu od strane psihijatrijskih pacijenata doživjelo je 111 ispitanika (92,5%), dok je svega 9 ispitanika (7,5%) izjavilo da nije doživjelo nikakav oblik agresije od strane psihijatrijskih pacijenata.

4.2.1 Učestalost agresije psihijatrijskih pacijenata s obzirom na dob MS/MT

Učestalost agresije psihijatrijskih pacijenata prema MS/MT s obzirom na dob, prikazana je u Tablici 2. Iz tablice 2. vidljivo je da je učestalost doživljene agresije najčešća u dobnoj skupini 30-39 godina.

Tablica 2. Doživljeno nasilje na poslu MS/MT s obzirom na dob

	DA		NE	
	N	%	N	%
Dob				
<=29	24	20,0	3	2,5
30-39	42	35,0	3	2,5
40-49	27	22,5	1	0,8
50<=	18	15,0	2	1,7
Ukupno	111	92,5	9	7,5

Kako bismo ispitali postoji li povezanost dobnih kategorija i učestalosti doživljenog nasilja na poslu proveden je hi-kvadrat test neovisnosti. Hi kvadrat test ($\chi^2=1,356$, $p>0,05$) nije otkrio statistički značajnu povezanost dobnih kategorija i učestalosti doživljenog nasilja na poslu.

4.2.2 Učestalost agresije psihijatrijskih pacijenata s obzirom na spol MS/MT

Ispitanici muškog spola agresiju psihijatrijskih pacijenata doživljavali su češće ($n=66$; 55,0%) u odnosu na ispitanice ($n=45$; 37,5%). Doživljeno nasilje na poslu MS/MT s obzirom na spol prikazano je u Tablici 3.

Tablica 3. Doživljeno nasilje na poslu MS/MT s obzirom na spol

	DA		NE	
	N	%	N	%
Spol				
M	66	55,0	2	1,7
Ž	45	37,5	7	5,8
Ukupno	111	92,5	9	7,5

Nađena je ($\chi^2=4,701$, $p=0,030$) statistički značajna razlika u učestalosti doživljenog nasilja na poslu s obzirom na spol.

Post-hoc analize upućuju da je u uzorku među ispitanicima i muškog i ženskog spola značajno više ispitanika koji su doživjeli nasilje na poslu od onih koji nemaju takvo iskustvo, međutim da između spolova ne postoji statistički značajna razlika u broju ispitanika koji su nasilje doživjeli, odnosno više ljudi je doživjelo nasilje bez obzira na spol ($p=0,056$).

4.2.3 Učestalost agresije psihijatrijskih pacijenata s obzirom na radilište

Iz Tablice 4. vidljivo je da je učestalost doživljenog nasilja najčešća na odjelu akutne psihijatrije (23,3%), dok je na odjelu psihotraume najrjeđa (1,7%).

Tablica 4. Doživljeno nasilje na poslu MS/MT s obzirom na radilište

	DA		NE	
	N	%	N	%
Radilište				
akutna (urgentna) psihijatrija i krizna stanja	28	23,3	2	1,7
forenzička psihijatrija	21	17,5	0	0,0
bolesti ovisnosti	19	15,8	1	0,8
afektivni poremećaji i granična stanja	9	7,5	0	0,0
psihotrauma	2	1,7	0	0,0
dnevna bolnica	6	5,0	1	0,8
Ostalo	26	21,7	5	4,2
Ukupno	111	92,5	9	7,5

Kako bismo ispitali postoji li povezanost radilišta i učestalosti doživljenog nasilja na poslu proveden je hi-kvadrat test neovisnosti. Hi kvadrat test ($\chi^2=6,597$, $p>0,05$) nije otkrio statistički značajnu povezanost radilišta i učestalosti doživljenog nasilja na poslu, odnosno na svim su radilištima ispitanici podjednako učestalo doživljavali nasilje.

4.3 VRSTE AGRESIJE PSIHIJATRIJSKIH PACIJENATA PREMA MS/MT S OBZIROM NA DOB, SPOL I RADILIŠTE

Od 120 ispitanika, njih 111 izjavilo je da je doživjelo verbalno nasilje, od čega je uz verbalno, njih 74 (61,7%) doživjelo i fizičko nasilje, a njih 6 (5%) izjavilo je da je uz verbalno i fizičko, doživjelo i seksualno nasilje, kao što je prikazano u Tablici 5.

Tablica 5. Vrste nasilja nad MS/MT prema učestalosti

Vrste doživljenog nasilja		
	n	%
Fizičko nasilje	74	61,7
Verbalno nasilje	111	92,5
Seksualno nasilje	6	5,0

4.3.1 Verbalna agresija psihijatrijskih pacijenata s obzirom na dob, spol i radilište MS/MT

4.3.1.1 Verbalna agresija psihijatrijskih pacijenata s obzirom na dob MS/MT

Verbalno nasilje najzastupljenije u dobnoj skupini 30-39 godina (n=42; 35,0%), a najmanje u dobnoj skupini starijih od 50 godina (n=18; 15,0%) (Tablica 6.).

Tablica 6. Doživljeno verbalno nasilje psihijatrijskih pacijenata prema MS/MT s obzirom na dob

	DA		NE	
	n	%	n	%
Dob				
<=29	24	20,0	3	2,5
30-39	42	35,0	3	2,5
40-49	27	22,5	1	0,8
50<=	18	15,0	2	1,7
Ukupno	111	92,5	9	7,5

Kako bismo ispitali postoji li povezanost dobnih kategorija i učestalosti doživljenog verbalnog nasilja na poslu proveden je hi-kvadrat test neovisnosti.

Hi kvadrat test ($\chi^2=1,356$, $p>0,05$) nije otkrio statistički značajnu povezanost dobnih kategorija i učestalosti doživljenog verbalnog nasilja na poslu.

4.3.1.2 Verbalna agresija psihijatrijskih pacijenata s obzirom na spol MS/MT

Verbalno nasilje doživjelo je 66 ispitanika (55,0%) i 45 ispitanica (37,5%) kao što je prikazano u Tablici 7.

Tablica 7. Doživljeno verbalno nasilje psihijatrijskih pacijenata prema MS/MT s obzirom spol

	DA		NE	
	N	%	N	%
Spol				
M	66	55,0	2	1,7
Ž	45	37,5	7	5,8
Ukupno	111	92,5	9	7,5

Kako bismo ispitali postoji li povezanost spola i učestalosti doživljenog nasilja na poslu proveden je hi-kvadrat test neovisnosti.

Hi kvadrat test ($\chi^2(1, N=120)=4,701$, $p=0,030$) otkrio je statistički značajnu povezanost spola i učestalosti doživljenog verbalnog nasilja na poslu.

Post-hoc analize upućuju da je u uzorku među ispitanicima i muškog i ženskog spola značajno više ispitanika koji su doživjeli verbalno nasilje na poslu od onih koji nemaju takvo iskustvo, međutim da između spolova ne postoji statistički značajna razlika u broju ispitanika koji su nasilje doživjeli, to jest, nisu.

4.3.1.3 Verbalna agresija psihijatrijskih pacijenata s obzirom na radilište

Najviše verbalnog nasilja doživjeli su ispitanici koji rade na radilištima akutne (urgentne) psihijatrije i kriznih stanja (24,2%), te ispitanici koji su svrstani pod ostala radilišta, dok su najmanje verbalnog nasilja doživjeli ispitanici koji rade na psihotraumi (1,7%) (Tablica 8.).

Tablica 8. Doživljeno verbalno nasilje psihijatrijskih pacijenata prema MS/MT s obzirom na radilište

Radilište	DA		NE	
	N	%	N	%
akutna (urgentna) psihijatrija i krizna stanja	29	24,2	1	0,8
forenzička psihijatrija	20	16,7	1	0,8
bolesti ovisnosti	18	15,0	2	1,7
afektivni poremećaji i granična stanja	9	7,5	0	0,0
psihotrauma	2	1,7	0	0,0
dnevna bolnica	6	5,0	1	0,8
ostalo	27	22,5	4	3,3
Ukupno	111	92,5	9	7,5

Kako bismo ispitali postoji li povezanost radilišta i učestalosti doživljenog verbalnog nasilja na poslu proveden je hi-kvadrat test neovisnosti.

Hi kvadrat test ($\chi^2=3,819$, $p>0,05$) nije otkrio statistički značajnu povezanost radilišta i učestalosti doživljenog verbalnog nasilja na poslu.

4.3.2 Fizička agresija psihijatrijskih pacijenata s obzirom na dob, spol i radilište MS/MT

4.3.2.1 Fizička agresija psihijatrijskih pacijenata s obzirom na dob MS/MT

S obzirom na dob, fizičko nasilje od strane psihijatrijskih pacijenata najčešće su doživljavali ispitanici u dobnoj skupini od 30-39 godina (21,7%), a najmanje ispitanici stariji od 50 godina (Tablica 9.).

Tablica 9. Doživljeno fizičko nasilje psihijatrijskih pacijenata prema MS/MT s obzirom na dob

	DA		NE	
	n	%	n	%
Dob				
<=29	12	10,0	15	12,5
30-39	26	21,7	19	15,8
40-49	21	17,5	7	5,8
50<=	15	12,5	5	4,2
Ukupno	74	61,7	46	38,3

Kako bismo ispitali postoji li povezanost dobnih kategorija i učestalosti doživljenog verbalnog nasilja na poslu proveden je hi-kvadrat test neovisnosti.

Hi kvadrat test ($\chi^2=7,286$, $p>0,05$) nije otkrio statistički značajnu povezanost dobnih kategorija i učestalosti doživljenog fizičkog nasilja na poslu, to jest, sve dobne kategorije su podjednako učestalo doživljavale fizičko nasilje na poslu.

4.3.2.2 Fizička agresija psihijatrijskih pacijenata s obzirom na spol MS/MT

S obzirom na spol, ispitanici učestalije doživljavaju fizičko nasilje od strane psihijatrijskih pacijenata (41,7%) u odnosu na ispitanice kojih je 20% (Tablica 10.).

Tablica 10. Doživljeno fizičko nasilje psihijatrijskih pacijenata prema MS/MT s obzirom na spol

	DA		NE	
	n	%	n	%
Spol				
M	50	41,7	18	15,0
Ž	24	20,0	28	23,3
Ukupno	74	61,7	46	38,3

Kako bismo ispitali postoji li povezanost spola i učestalosti doživljenog fizičkog nasilja na poslu proveden je hi-kvadrat test neovisnosti.

Hi kvadrat test ($\chi^2(1, N=120)=9,342$, $p=0,002$) otkrio je statistički značajnu povezanost spola i učestalosti doživljenog fizičkog nasilja na poslu.

Post-hoc analize upućuju da u usporedbi među spolovima u uzorku ima statistički značajno više muških ispitanika koji su doživjeli fizičko nasilje, kao i da ima statistički značajno više ženskih ispitanica koje nisu doživjele fizičko nasilje.

4.3.2.3 Fizička agresija psihijatrijskih pacijenata s obzirom na radilište

Fizičko nasilje najučestalije je na radilištima forenzičke psihijatrije (15,8%), akutne (urgentne psihijatrije) i kriznih stanja (15,0%), te radilištima svrstanim pod ostalo (14,2%), a najrjeđe na psihotraumi i u dnevnoj bolnici (2%) (Tablica 11.).

Tablica 11. Doživljeno fizičko nasilje psihijatrijskih pacijenata prema MS/MT s obzirom na radilište

	DA		NE	
	n	%	n	%
Radilište				
akutna (urgentna) psihijatrija i krizna stanja	18	15,0	12	10,0
forenzička psihijatrija	19	15,8	2	1,7
bolesti ovisnosti	9	7,5	11	9,2
afektivni poremećaji i granična stanja	7	5,8	2	1,7
psihotrauma	2	1,7	0	0,0
dnevna bolnica	2	1,7	5	4,2
ostalo	17	14,2	14	11,7
Ukupno	74	61,7	46	38,3

Kako bismo ispitali postoji li povezanost radilišta i učestalosti doživljenog fizičkog nasilja na poslu proveden je hi-kvadrat test neovisnosti.

Hi kvadrat test ($\chi^2(6, N=120)=15,845, p=0,015$) otkrio je statistički značajnu povezanost radilišta i učestalosti doživljenog fizičkog nasilja na poslu.

Post hoc analize upućuju da u uzorku ima statistički značajno više ispitanika koji rade na forenzičkim psihijatrijskim odjelima koji su doživjeli fizičko nasilje u odnosu na ispitanike koji rade na odjelu psihotraume i dnevnoj bolnici.

4.3.3 Seksualna agresija psihijatrijskih pacijenata s obzirom na dob, spol i radilište MS/MT

4.3.3.1 Seksualna agresija psihijatrijskih pacijenata s obzirom na dob MS/MT

Seksualno nasilje psihijatrijskih pacijenata najviše su doživjeli ispitanici mlađi od 29 godina (2,5%), dok stariji od 50 godina nisu prijavili doživljeno seksualno nasilje od strane psihijatrijskih pacijenata (Tablica 12.).

Tablica 12. Doživljeno seksualno nasilje psihijatrijskih pacijenata prema MS/MT s obzirom na dob

	DA		NE	
	n	%	n	%
Dob				
<=29	3	2,5	24	20,0
30-39	2	1,7	43	35,8
40-49	1	0,8	27	22,5
50<=	0	0,0	20	16,7
Ukupno	6	5,0	114	95,0

4.3.3.2 Seksualna agresija psihijatrijskih pacijenata s obzirom na spol MS/MT

Prema spolu, ispitanice su češće doživljavale seksualno nasilje (3,3%) od svojih muških kolega (1,7%) (Tablica 13.).

Tablica 13. Doživljeno seksualno nasilje psihijatrijskih pacijenata prema MS/MT s obzirom na spol

Spol	DA		NE	
	n	%	n	%
M	2	1,7	66	55,0
Ž	4	3,3	48	40,0
Ukupno	6	5,0	114	95,0

Kako bismo ispitali postoji li povezanost spola i učestalosti doživljenog seksualnog nasilja na poslu proveden je hi-kvadrat test neovisnosti.

Hi kvadrat test ($\chi^2=1,400$, $p>0,05$) nije otkrio statistički značajnu povezanost spola i učestalosti doživljenog seksualnog nasilja na poslu, odnosno oba spola su podjednako učestalo doživljavala seksualno nasilje na poslu.

4.3.3.3 Seksualna agresija psihijatrijskih pacijenata s obzirom na radilište

Radilišta kod kojih je doživljeno seksualno nasilje su radilišta svrstana u kategoriju „ostalo“ (N=3; 2,5%), odjel bolesti ovisnosti (N=2; 1,7%) i akutna psihijatrija (N=1; 0,8%) (Tablica 14.).

Tablica 14. Doživljeno seksualno nasilje psihijatrijskih pacijenata prema MS/MT s obzirom na radilište

Radilište	DA		NE	
	n	%	n	%
akutna (urgentna) psihijatrija i krizna stanja	1	0,8	29	24,2
forenzička psihijatrija	0	0,0	21	17,5
bolesti ovisnosti	2	1,7	18	15,0
afektivni poremećaji i granična stanja	0	0,0	9	7,5
psihotrauma	0	0,0	2	1,7
dnevna bolnica	0	0,0	7	5,8
ostalo	3	2,5	28	23,3
Ukupno	6	5,0	114	95,0

Kako bismo ispitali postoji li povezanost radilišta i učestalosti doživljenog seksualnog nasilja na poslu proveden je hi-kvadrat test neovisnosti.

Hi kvadrat test ($\chi^2=4,709$, $p>0,05$) nije otkrio statistički značajnu povezanost radilišta i učestalosti doživljenog seksualnog nasilja na poslu.

4.4 UČESTALOST PRIJAVLJIVANJA AGRESIJE PSIHIJATRIJSKIH PACIJENATA NADLEŽNIM SLUŽBAMA S OBZIROM NA SPOL, GODINE RADNOG STAŽA I STUPANJ OBRAZOVANJA

Napomena: u ovu analizu su uključeni samo oni ispitanici koji su doživjeli bilo koju vrstu nasilja na poslu (n=111), od čega je njih 80 (72,1%) prijavilo agresiju nadležnim službama.

4.4.1 Učestalost prijavljivanja agresije psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama s obzirom na spol MS/MT

Iz tablice 15. vidljivo je da je su MT češće prijavljivali agresiju psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama (N=54; 48,6%), te da je većina ispitanika, neovisno o spolu prijavila agresiju nadležnim službama (N=80; 72,1%).

Tablica 15. Učestalost prijavljivanja agresije psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama s obzirom na spol

	DA		NE	
	n	%	n	%
Spol				
M	54	48,6	12	10,8
Ž	26	23,4	19	17,1
Ukupno	80	72,1	31	27,9

Kako bismo ispitali postoji li povezanost spola i učestalosti prijavljivanja agresije psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama proveden je hi-kvadrat test neovisnosti.

Hi kvadrat test ($\chi^2(1, N=111)=7,683, p=0,006$) otkrio je statistički značajnu povezanost spola i učestalosti prijavljivanja agresije psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama.

Post-hoc analize upućuju da je u uzorku statistički značajno više muških ispitanika koji su prijavili nasilje u odnosu na žene.

4.4.2 Učestalost prijavljivanja agresije psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama s obzirom na radni staž MS/MT

Učestalost prijavljivanja agresije psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama s obzirom na godine radnog staža najveća je kod ispitanika s radnim stažem 10-19 godina (N=28; 25,2%), a najmanja kod ispitanika s 30 i više godina radnog staža (N=11; 9,9%) (Tablica 16.)

Tablica 16. Učestalost prijavljivanja agresije psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama s obzirom na godine radnog staža

	DA		NE	
	n	%	n	%
Godine radnog staža				
<=9	22	19,8	8	7,2
10-19	28	25,2	13	11,7
20-29	19	17,1	5	4,5
30<=	11	9,9	5	4,5
Ukupno	80	72,1	31	27,9

Kako bismo ispitali postoji li povezanost godina radnog staža i učestalosti prijavljivanja agresije psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama proveden je hi-kvadrat test neovisnosti. Hi kvadrat test ($\chi^2(3, N=111)=1,003, p=0,801$) nije otkrio statistički značajnu povezanost godina radnog staža i učestalosti prijavljivanja agresije psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama.

4.4.3 Učestalost prijavljivanja agresije psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama s obzirom na stupanj obrazovanja MS/MT

Iz tablice 17. vidljivo je da su ispitanici sa SSS znatno češće (N=58, 52,3%) prijavljivali agresiju psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama u odnosu na prvostupnike sestrinstva (N=18, 16,2%). Svega 9,9% ispitanika sa SSS nije prijavilo agresiju psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama, u odnosu na 14,4% prvostupnika.

Tablica 17. Učestalost prijavljivanja agresije psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama s obzirom na stupanj obrazovanja

Stupanj obrazovanja	DA		NE	
	n	%	n	%
SSS	58	52,3	11	9,9
Prvostupnik/ca sestrinstva	18	16,2	16	14,4
Magistar/ica sestrinstva	4	3,6	4	3,6
Ukupno	80	72,1	31	27,9

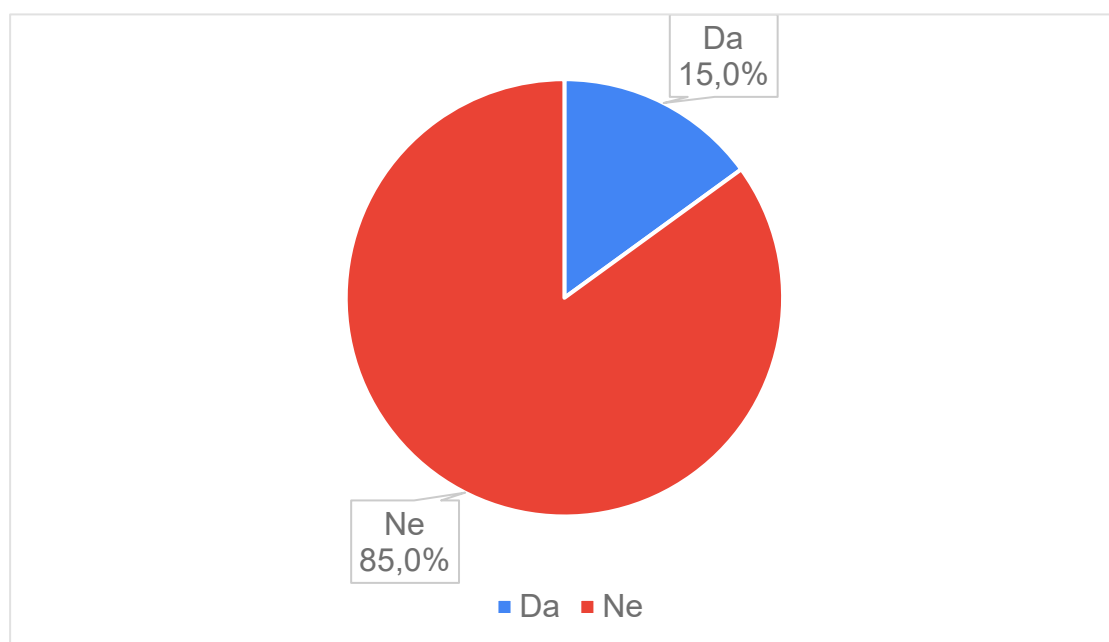
Kako bismo ispitali postoji li povezanost stupnja obrazovanja i učestalosti prijavljivanja agresije psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama proveden je hi-kvadrat test neovisnosti.

Hi kvadrat test ($\chi^2(2, N=111)=13,043, p=0,001$) otkrio je statistički značajnu povezanost stupnja obrazovanja i učestalosti prijavljivanja agresije psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama.

Post-hoc analize upućuju da je u uzorku statistički značajno više ispitanika srednje stručne spreme koji su prijavili agresije u odnosu na prvostupnike/ce, a usporedno s time i statistički značajno manje ispitanika srednje stručne spreme koji nisu prijavili agresije. Nije pronađena razlika u učestalosti prijavljivanja agresije između SSS i magistara/ica, kao niti prvostupnika/ica i magistara/ica.

4.5 SAMOPROCJENA SIGURNOSTI NA RADNOM MJESTU U ODNOSU NA AGRESIJU PSIHIJATRIJSKIH PACIJENATA

Na pitanje „Smatrate li da je fizička zaštita i sigurnost u zdravstvenim ustanovama na odgovarajućoj razini?“ čak 85,0% ispitanika odgovorilo je da ne smatra da su fizička zaštita i sigurnost u zdravstvenim ustanovama na odgovarajućoj razini (Slika 5.).



Slika 5. Udio ispitanika prema stavu o odgovarajućoj razini fizičke zaštite i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama

4.5.1 Samoprocjena sigurnosti na radnom mjestu u odnosu na vrste agresije psihijatrijskih pacijenata

U ovom istraživanju ispitanici koji su doživjeli neki od oblika agresije od strane psihijatrijskih pacijenata zamoljeni su da naznače o kojoj vrsti agresije se radilo.

Vrste fizičke agresije: Blokiranje prolaza, Unošenje u lice, Guranje rukama, Udarac rukom ili predmetom, Ometanje u izvođenju intervencije - hvatanje za ruku, Ugriz, Napad hladnim oružjem. Vrste verbalne agresije: Vikanje, Verbalne prijetnje, Vrijeđanje, Omalovažavanje, Psovanje.

Vrste seksualne agresije: Neprimjereni komentari na osobni izgled, Neprimjereno dodirivanje tijela, Neprimjereno komentiranje pred drugim kolegama, Prisila na spolni odnos, Simuliranje spolnog odnosa kroz pokrete – grimase lica.

4.5.1.1 Povezanost pojedine vrste agresije sa samoprocjenom sigurnosti na radnom mjestu

Prilikom analize podataka ispitivana je povezanost pojedine vrste agresije sa samoprocjenom sigurnosti na radnom mjestu (Tablica 18.).

Tablica 18. Povezanosti samoprocjene sigurnosti i pojedinih vrsta agresije

	χ^2	p
Blokiranje prolaza	12,308	<0,001
Unošenje u lice	1,621	0,203
Guranje rukama	3,303	0,069
Udarac rukom ili predmetom	0,736	0,391
Ometanje u izvođenju intervencije, hvatanje za ruku	1,991	0,158
Ugriz	0,178	0,673
Napad hladnim oružjem	0,178	0,673
Verbalno	0,178	0,673
Vikanje	1,184	0,277
Verbalne prijetnje	3,254	0,071
Vrijeđanje	15,325	<0,001
Omalovažavanje	5,084	0,024
Psovanje	1,162	0,281
Neprimjereni komentari na osobni izgled	0,354	0,552
Neprimjereno dodirivanje tijela	0,115	0,734

Neprijemno komentiranje pred drugim kolegama	1,925	0,165
Simuliranje spolnog odnosa kroz pokrete, grimase lica	0,359	0,549

Hi kvadrat test pokazao je statistički značajnu povezanost samoprocjene sigurnosti i:

- Blokiranja prolaza ($\chi^2(1, N=120)=12,308, p<0,001$),
- Vrijeđanja ($\chi^2(1, N=120)=15,325, p<0,001$) i
- Omalovažavanja ($\chi^2(1, N=120)=5,084, p=0,024$).

U svim slučajevima su ispitanici koji su doživjeli neku od navedenih vrsta agresije učestalije izvještavali da ne smatraju da je fizička zaštita i sigurnost u zdravstvenim ustanovama na odgovarajućoj razini, odnosno oni koji nisu imali ovakvih iskustava su učestalije smatrali da je fizička zaštita i sigurnost u zdravstvenim ustanovama na odgovarajućoj razini.

4.5.2 Samoprocjena sigurnosti na radnom mjestu i broj doživljenih vrsta i oblika agresije psihijatrijskih pacijenata

Kao svojevrsni pokušaj procjene intenziteta doživljenog agresivnog ponašanja od strane psihijatrijskih pacijenata formirane su nove varijable za fizičko, verbalno i seksualno nasilje kao kumulativni zbrojevi raznih vrsta agresije unutar svake kategorije o kojima su ispitanici izvještavali.

U svrhu pokušaja procjene intenziteta doživljenog nasilja kreirane su nove varijable kao kumulativni zbrojevi izvještenih različitih oblika agresivnog ponašanja posebno za fizičko, verbalno i seksualno nasilje kao i varijabla ukupnog doživljenog nasilja (Tablica 19.).

Tablica 19. Deskriptivni podaci varijabli intenziteta doživljene različite kategorije nasilja i ukupno

Varijabla	Min	Max	C	M	SD
Fizičko nasilje	0	6	2,00	2,41	1,658
Verbalno nasilje	0	5	3,50	3,30	1,601

Seksualno nasilje	0	4	0,00	0,33	0,781
Ukupno nasilje	0	3	2,00	1,59	0,667

Legenda: Min – najmanja vrijednost, Max – najveća vrijednost, C – medijan, M - aritmetička sredina, SD – standardna devijacija

Nadalje, formirana je i varijabla ukupnog doživljenog nasilja kao kumulativni zbroj oblika agresivnog ponašanja o kojima su ispitanici izvještavali. Zatim je u analizi ispitivano razlikuju li se grupe ispitanika podijeljene po samoprocjeni fizičke zaštite i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama u intenzitetu doživljene agresije. U tu svrhu provedeno je 4 Mann-Whitney U-testa opisanih u nastavku.

4.5.2.1 Intenzitet fizičke agresije i samoprocjena fizičke zaštite i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama

Mann-Whitneyev U-test otkrio je statistički značajnu razliku ($p=0,007$) u intenzitetu fizičke agresije između skupina ispitanika podijeljenih po samoprocjeni fizičke zaštite i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama.

Ispitanici koji ne smatraju da je fizička zaštita i sigurnost u zdravstvenim ustanovama na odgovarajućoj razini izvještavali su o višem intenzitetu doživljene fizičke agresije (Tablica 20.).

Tablica 20. Razlike u intenzitetu fizičke agresije između skupina ispitanika podijeljenih po samoprocjeni fizičke zaštite i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama

Samoprocjena sigurnosti	N	C (25-75)	U	p
DA	18	1,00(0-3)	557,50	0,007
NE	102	2,00(1-4)		

Legenda: N – broj ispitanika, C – percentili, U – Mann-Whitneyev U test, p – statistička značajnost (* - $p<0,05$, ** - $p<0,01$, *** - $p<0,001$)

4.5.2.2 Intenzitet verbalne agresije i samoprocjena fizičke zaštite i sigurnosti u

zdravstvenim ustanovama

Mann-Whitneyev U-test otkrio je statistički značajnu razliku ($p=0,006$) u intenzitetu verbalne agresije između skupina ispitanika podijeljenih po samoprocjeni fizičke zaštite i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama. Ispitanici koji ne smatraju da je fizička zaštita i sigurnost u zdravstvenim ustanovama na odgovarajućoj razini izvještavali su o višem intenzitetu doživljene verbalne agresije (Tablica 21.).

Tablica 21. Razlike u intenzitetu verbalne agresije između skupina ispitanika podijeljenih po samoprocjeni fizičke zaštite i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama

Samoprocjena sigurnosti	N	C (25-75)	U	p
DA	18	2,00(1-4)	554,50	0,006
NE	102	4,00(2-5)		

Legenda: N – broj ispitanika, C –medijan; 25-75: 25-75ti percentili, U – Mann-Whitneyev U test, p – statistička značajnost (* - $p<0,05$, ** - $p<0,01$, *** - $p<0,001$)

4.5.2.3 Intenzitet seksualne agresije i samoprocjena fizičke zaštite i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama

Mann-Whitneyev U-test nije otkrio statistički značajnu razliku ($p=0,85$) u intenzitetu seksualne agresije između skupina ispitanika podijeljenih po samoprocjeni fizičke zaštite i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama (Tablica 22.).

Tablica 22. Razlike u intenzitetu seksualne agresije između skupina ispitanika podijeljenih po samoprocjeni fizičke zaštite i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama

Samoprocjena sigurnosti	N	C (25-75)	U	p
DA	18	0,00(0-0,25)	900,00	0,85
NE	102	0,00(0-0)		

Legenda: N – broj ispitanika C –medijan; 25-75: 25-75ti, U – Mann-Whitneyev U test, p – statistička značajnost (* - $p<0,05$, ** - $p<0,01$, *** - $p<0,001$)

4.5.2.4 Ukupni intenzitet doživljenog nasilja i samoprocjena fizičke zaštite i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama

Mann-Whitneyev U-test otkrio je statistički značajnu razliku ($p=0,006$) u ukupnom intenzitetu doživljenog nasilja između skupina ispitanika podijeljenih po samoprocjeni fizičke zaštite i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama.

Ispitanici koji ne smatraju da je fizička zaštita i sigurnost u zdravstvenim ustanovama na odgovarajućoj razini izvještavali su o višem ukupnom intenzitetu doživljenog nasilja.

Tablica 23. Razlike u ukupnom intenzitetu doživljenog nasilja između skupina ispitanika podijeljenih po samoprocjeni fizičke zaštite i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama

Samoprocjena sigurnosti	N	C (25-75)	U	p
DA	18	1,00(0-2)	584,50	0,006
NE	102	2,00(1-2)		

Legenda: N – broj ispitanika, C –medijan; 25-75: 25-75ti, U – Mann-Whitneyev U test, p – statistička značajnost (* - $p<0,05$, ** - $p<0,01$, *** - $p<0,001$)

5 RASPRAVA

Svrha ovog istraživanja bila je izmjeriti učestalost i oblike agresivnog ponašanja prema MS/MT od strane psihijatrijskih pacijenata na psihijatrijskim odjelima. Rezultati istraživanja ukazuju da je agresivno ponašanje od strane psihijatrijskih pacijenata doživjelo čak 92,5% MS/MT, od čega je najčešći oblik agresivnog ponašanja prema MS/MT verbalno nasilje koje su prijavili svi ispitanici koji su prijavili neki od oblika agresivnog ponašanja. Međutim, nije zanemariv niti fizički oblik agresije, za kojeg su ispitanici izjavili da su ga doživjeli u čak 61,7% slučajeva. Ono što možemo izdvojiti kao pozitivan rezultat istraživanja je da je većina ispitanika (72,1%) prijavilo agresiju nadležnim službama. Također, ispitanici koji ne smatraju da je fizička zaštita i sigurnost u zdravstvenim ustanovama na odgovarajućoj razini izvještavali su o višem intenzitetu doživljene agresije.

Dokumentirane stope različitih vrsta prijavljene agresije razlikuju se po kontinentima. Na primjer, sugerirano je da su stope seksualnog uznemiravanja niže u europskim studijama (84), dok su slučajevi fizičkog napada češći u engleskim regijama, a zlostavljanje je češće na Bliskom istoku (85). Druga retrospektivna studija, provedena u Ujedinjenom Kraljevstvu, Italiji i Grčkoj, koja je koristila Kontrolni popis sukoba s pacijentima (engl. Patient–staff Conflict Checklist - PCC) za ispitivanje agresivnog ponašanja kod 522 pacijenata na 84 akutna psihijatrijska odjela tijekom prva dva tjedna od prijema otkrila je da je 51% pacijenata ispoljilo verbalnu agresiju barem jednom, 25% usmjerenu agresiju prema objektima, a 20% je bilo agresivno prema drugima (86). Općenito, u europskim bolničkim psihijatrijskim ustanovama zabilježene su zabrinjavajuće razine verbalnog i fizičkog nasilja od strane pacijenata, što je situacija koja se nije promijenila tijekom posljednja dva desetljeća, kao što pokazuju nedavna istraživanja koja su koristila posebno dizajnirane upitnike i intervjue u Norveškoj, Engleskoj i Italiji (87–89). Studija u Ujedinjenom Kraljevstvu koja je uključivala 194 osobe s prvom epizodom psihoze, procijenjenom pomoću strukturiranog kliničkog intervjua za ispitivanje pacijentove psihijatrijske, medicinske, socijalne i razvojne povijesti (engl. Psychiatric and Personal History Schedule - PPHS) (90), otkrila je da je gotovo 40% njih pokazalo agresivno ponašanje, pri čemu je otprilike polovica tih slučajeva bila fizički nasilna (91). Prospektivna studija koja je procjenjivala agresiju pomoću Skale otvorene agresije (engl. Overt Aggression Scale - OAS) u devet francuskih bolnica među prisilno smještenim psihijatrijskim pacijentima

otkrila je da je 79% pokazalo nasilje, verbalno ili fizičko (92). U Njemačkoj je istraživanje provedeno u četiri ustanove pokazalo da se 78,7% MS/MT u psihijatrijskim stacionarima susrelo s fizičkom agresijom, a 96,7% s verbalnom agresijom pacijenata u 12 mjeseci prije studije (93). Poljska studija koja je uspoređivala incidente nasilja u psihijatrijskim i nepsihijatrijskim okruženjima otkrila je značajno više razine agresije na psihijatrijskim odjelima, pri čemu je verbalnu agresiju i vrištanje prijavilo 100% psihijatrijskih MS/MT, a fizičke napade 79,5% u prethodnoj godini (94). Irska studija koja je ispitala pacijente s prvom epizodom psihoze koristeći modificiranu ljestvicu otvorene agresije (engl. Modified Overt Aggression Scale - MOAS) identificirala je fizičko nasilje u 29% slučajeva, a verbalnu agresiju u 36% (95). Jednogodišnja studija svih pacijenata primljenih u dvije psihijatrijske jedinice za kratkotrajno liječenje u Norveškoj, pokazala je niže stope: 9% od 1017 pacijenata pokazalo je agresiju. Od svih epizoda, 22% je bilo verbalno, 38% fizičko, a 40% oboje (96). Dansko istraživanje koje je koristilo Brøset popis za provjeru nasilja (engl. Brøset Violence Checklist - BVC) za predviđanje rizika od verbalne i fizičke agresije na 15 psihijatrijskih odjela tijekom tri mjeseca pokazalo je različite rezultate, s rizicima od agresije u rasponu od 0,1% do 14,7% (97). U Italiji je retrospektivna studija otkrila da je 91,5% MS/MT izjavilo da je doživjelo agresiju u protekloj godini, pri čemu se 90,8% suočilo s verbalnom agresijom, 44,5% s fizičkom, a 21,3% s ozljedama (87). Drugo talijansko istraživanje procijenilo je prevalenciju agresije među 1534 psihijatrijska bolesnika, pronalazeći 116 odgovornih za 329 agresivnih incidenata (7,5% prevalencija; 2,8% incidenata po pacijentu). Od toga je 13 bilo verbalnih (4%), dok je ostatak činilo 266 fizičkih napada (80,9%), 40 napada predmetima (12,1%) i 10 teških napada (3%) (98). Ovi su nalazi potvrđeni u naknadnom 7-godišnjem praćenju i multicentričnoj studiji s 1324 bolesnika, gdje je 10% pokazalo verbalno neprijateljstvo ili objektu agresiju, a 3% fizički napad (99,100).

Prema rezultatima provedenog istraživanja, vidimo da je učestalost doživljene agresije najčešća kod ispitanika u dobnoj skupini od 30-39 godina, nakon čega slijedi skupina od 40-49 godina, a mlađi od 30 godina nalaze se na trećem mjestu. Međutim, treba napomenuti da je u istraživanju najveći postotak odaziva ispitanika upravo u skupini od 30-39 godina. Neovisno o tome, ispitivanjem nije utvrđena statistički značajna povezanost životne dobi MS/MT i učestalosti agresije od strane psihijatrijskih pacijenata.

Nadalje, rezultati ukazuju da je učestalost doživljene agresije češća kod ispitanika muškog spola (N=66; 55,0%) u odnosu na ženski spol (N=45; 37,5%), međutim, post-hoc analiza utvrdila je da između spolova ne postoji statistički značajna razlika u broju ispitanika koji su doživjeli agresiju, to jest, oba spola su podjednako često doživjela agresiju.

Zadnja varijabla u prvoj hipotezi odnosi se na radilište. Rezultati su pokazali je učestalost agresije psihijatrijskih pacijenata prema MS/MT najveća na odjelima akutne i forenzičke psihijatrije, a najmanja na psihotraumi. Međutim, ispitivanjem nije utvrđena statistički značajna povezanost radilišta i učestalosti doživljenog nasilja na poslu. Sustavnim pregledom literature (*Pubmed i Embase*; N=148 studija), pronađeni su različiti rezultati na temu sličnih istraživanja (101). Presječenim istraživanjem za MS/MT (N = 923) u 84 psihijatrijske jedinice utvrđeno je da medicinske sestre mlađe od 30 godina imaju prilagođeni omjer stope relativnog rizika (engl. Adjusted relative risk, ARR) = 1,70 (95% CI = 1,17–2,48) za fizičku agresiju (8). Longitudinalna studija koja koristi mjesečne zapise na razini odjela o zauzetosti kreveta i izvješća osoblja o vremenu počinjenja nasilnih radnji tijekom 5-mjesečnog razdoblja u 90 bolničkih odjela u 13 akutnih psihijatrijskih bolnica u Finskoj, utvrdila je da dobna skupina 30-39 godina ima omjer izgleda (OR) = 1,04 (95% CI = 0,69-1,57) (102). Zanimljivo, osoblje u dobi između 40-49 godina i 50-63 godine oboje je iskusilo manje agresije, odnosno omjer rizika (engl. Odds ration, OR = 0,66; 95% CI = 0,44-1,01 i OR = 0,54; 95% CI = 0,34–0,86). To sugerira da se one MS/MT koji ostaju na poslu znaju bolje nositi s agresivnim pacijentima jer su bolje educirani i imaju više iskustva u tim situacijama (102). Međutim, važno je napomenuti da agresija proizlazi iz kombinacije čimbenika pacijenata, čimbenika osoblja i čimbenika odjela. Stoga, iako je dob značajan čimbenik, nije jedini. Ostali čimbenici kao što su napor na poslu, nezadovoljstvo poslom ili menadžmentom, izgaranje i kvaliteta interakcije između pacijenata i osoblja također igraju ulogu (101).

Četrnaest studija dalo je podatke o korelaciji između spola MS/MT i učestalosti doživljene agresije od strane pacijenata na psihijatrijskim odjelima. Pet studija nije otkrilo spolne razlike, dok je devet studija pokazalo da su medicinski tehničari iskusili više agresije od medicinskih sestara. Sedam studija izvijestilo je o radilištima incidenata u bolnici. Većina incidenata dogodila se na akutnom prijemu ili na zatvorenim odjelima s prevalencijom u rasponu od 44%-62%, na kroničnim odjelima prevalencija je bila 30%, u izvanbolničkim odjelima 4,5% i tijekom kućnih posjeta 3% (103).

Druga hipoteza ovog istraživanja ispitivala je povezanost dobi, spola i radilišta sa učestalosti doživljene verbalne agresije, kao najčešćeg oblika agresivnog ponašanja (N=111; 92,5%). Iako je utvrđeno da je verbalna agresija najčešći oblik nasilja nad MS/MT i to sa vrlo visokom stopom incidencije, rezultati pokazuju da je učestalosti doživljene verbalne agresije s obzirom na dob MS/MT podjednako zastupljena u svim dobnim skupinama, te nema statistički značajne razlike s obzirom na dob. Što se razlika u spolu tiče, učestalosti doživljene verbalne agresije veća je kod ispitanika (n=66; 55,0%) nego kod ispitanica (n=45; 37,5%), međutim, post-hoc analiza utvrdila je da između spolova ne postoji statistički značajna razlika. Povezanost radilišta i učestalosti doživljene verbalne agresije ukazuje na slične rezultate kao i H1. Najveća učestalost doživljene verbalne agresije prisutna je na odjelu akutne psihijatrije (n=29; 24,2%), ostali (skup radilišta nesvrstanih u predviđene kategorije, m= 27 ; 22,5%) forenzičke psihijatrije (n=20; 16,7%), a istaklo se i radilište bolesti ovisnosti (n=18; 15,0%). Ispitivanje nije otkrilo statistički značajnu povezanost radilišta i učestalosti doživljenog verbalnog nasilja na poslu ($\chi^2=3,819$, $p>0,05$), te se i H2 koja glasi: Ispitanici mlađe životne dobi, ženskog spola, koji rade na odjelima akutne psihijatrijske skrbi najčešće su izloženi verbalnoj agresiji psihijatrijskih pacijenata, odbacuje. Međutim, iako ovi rezultati nisu pokazali statističku značajnost, što je posljedica relativno malog uzorka u odnosu na neka druga istraživanja, prevalencija je usporediva s većinom sličnih studija spomenutih u nastavku.

Presječna studija provedena u 11 velikih psihijatrijskih bolnica u Kini, u koju je bilo uključeno 1906 psihijatrijskih MS/MT, utvrdila je jednogodišnju prevalenciju verbalnog i/ili fizičkog nasilja na radnom mjestu od 84,2% (95% CI: 82,4–85,8). Stope prevalencije verbalnog zlostavljanja, prijetnji i fizičkog nasilja bile su 79,3% (95% CI: 77,4–81,1), 70,9% (95% CI: 68,8–73,0) odnosno 57,9% (95% CI: 55,7–60,2) (104). Važno je spomenuti kako u spomenutoj studiji, prijetnje nisu bile svrstane u verbalno nasilje, kao što je slučaj s ovim istraživanjem, pa se može zaključiti da je stopa verbalnog nasilja i veća.

Istraživanje provedeno 2015. godine imalo je za cilj istražiti iskustva MS/MT iz raznih bolnica diljem Slovačke u vezi s bolničkom agresijom unazad godinu dana. Dizajn: Istraživanje je bilo kvantitativno presječno istraživanje. U istraživanju je sudjelovalo 1042 MS/MT s prosječnim radnim iskustvom od 19,23 godine (SD 10,96), s medicinskih, kirurških, psihijatrijskih odjela te jedinica hitne i intenzivne njege. Podaci su prikupljeni korištenjem skale samoprijavlivanja nasilja i agresije pacijenata (engl.

Violence and Aggression of Patients Scale - VAPS). Rezultati su pokazali da se unazad godinu dana 97,4% MS/MT susrelo se s agresijom pacijenata, od čega 96,8% s verbalnom, a 83,3% s fizičkom agresijom. Najveću učestalost agresije pacijenata iskazali su MS/MT na odjelima psihijatrije i intenzivne njege. Uočena je značajna razlika u prevalenciji agresije pacijenata prema MS/MT na temelju obrasca smjenskog rada, pri čemu su MS/MT koje rade u više smjena češće prijavljivali agresiju nego oni koje rade u jednoj smjeni. Nije pronađena značajna korelacija između dobi, godina radnog iskustva ili razine obrazovanja MS/MT i njihovog iskustva s agresijom pacijenata (105).

Istraženi su i drugi oblici agresije i nasilja, točnije fizičko i seksualno nasilje pacijenata prema MS/MT i povezanost s dobi, spolom i radilište. Dobiveni rezultati ukazuju na to da je fizički oblik nasilja doživjelo 61,7% MS/MT, najviše u dobnoj skupini od 30-39 godina (n=26; 21,7%), među muškim ispitanicima (n=50;41,7%) ($\chi^2=9,342$, $p<0,01$) na forenzičkoj (n=19;15,8%) ($\chi^2=15,845$, $p<0,05$) i akutnoj (n=18;15,0%) psihijatriji. Seksualni oblik nasilja doživjelo je 5,0% MS/MT, najviše u dobnoj skupini mlađih od 30 godina (n=3; 2,5%), kod ispitanica ženskog spola (n=4; 3,3%), na ostalim radilištima (n=3; 2,5%) i odjelu za bolesti ovisnosti (n=2; 1,7%).

Prema pregledu literature iz 2017. godine, čiji je cilj bio procijeniti fokusirane teme i nove pristupe u istraživanju nasilja nad MS/MT u psihijatrijskim bolničkim odjelima tijekom posljednja dva desetljeća, između 24% i 80% MS/MT u akutnim psihijatrijskim odjelima doživjelo je neki oblik agresije u svojoj karijeri. Verbalni napadi su zabilježeni kod 46-78,6% MS/MT, prijetnje kod 43-78,6%, dok je seksualno uznemiravanje iskusilo 9,5-37,2% MS/MT (106).

Ranije spomenuto istraživanje o bolničkoj agresiji među MS/MT u Slovačkim bolnicama, utvrdilo je da je seksualno nasilje od strane pacijenata prijavilo je 67,7% MS/MT tijekom evaluiranog razdoblja. Nekontaktne oblike seksualne agresije doživjelo je 78,9%, a 18,1% MS/MT prijavilo je iskustva kontaktnih oblika seksualne agresije. Također, isto istraživanje utvrdilo je stopu fizičke agresije od 83,3%, pri čemu se 77,7% susrelo s fizičkim nasiljem bez oružja, a 27,5% s oružjem (105).

Treća hipoteza rada odnosi se na učestalost prijavljivanja agresije psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama s obzirom na spol, godine radnog staža i stupanj obrazovanja i djelomično je prihvaćena. U ovu analizu bili su uključeni isključivo MS/MT koji su doživjeli neki oblik agresije i nasilnog ponašanja (N=111). Prema dobivenim rezultatima možemo zaključiti da je većina MS/MT koja je doživjela neki

oblik agresije ili nasilnog ponašanja, isti prijavila nadležnim službama (N=80; 72,1%), te da je stopa prijavljivanja agresije nadležnim službama visoka. Ispitanici muškog spola češće su prijavljivali agresivno i nasilno ponašanje (N=54; 48,6%), te je utvrđena statistički značajna povezanost spola i učestalosti prijavljivanja agresije psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama ($\chi^2=7,683$, $p<0,01$). Prema godinama radnog staža, najčešće su agresivno i nasilno ponašanje prijavljivali ispitanici s 10-19 godina radnog staža (N=28; 35,0%; 25,2%), ali nije utvrđena statistička značajnost na varijabli duljine radnog staža, dok je prema stupnju obrazovanja najviše MS/MT koji su prijavili agresivno i nasilno ponašanje među onima sa završenom SSS (N=58; 72,5% 52,3%), te je utvrđena statistički značajna povezanost stupnja obrazovanja i učestalosti prijavljivanja agresije psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama ($\chi^2=13,043$, $p<0,01$). Ovi rezultati ukazuju da je stopa prijavljivanja agresije psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama ipak znatno veća nego u drugim studijama.

Nekoliko čimbenika dovodi do nedovoljnog prijavljivanja nasilnih incidenata od strane MS/MT. To uključuje uvjerenje da su takvi incidenti normalan dio njihovog posla i očekivanje da su osposobljeni za brigu o sebi. Nadalje, nepostojanje obveznih postupaka izvješćivanja u mnogim organizacijama ili implicitno obeshrabrivanje prijavljivanja zbog posljedične opterećujuće papirologije doprinosi ovom problemu. Naposljetku, percepcija nepodržavajuće uprave ili strepnja od kritika nadređenih može odvratiti pojedince od prijavljivanja ovih incidenata (107). Ove statistike ukazuju na obrazac premalog prijavljivanja incidenata napada, što izaziva zabrinutost s obzirom na fizičke i psihičke učinke nasilnih napada. Rezultati presječnog istraživanja provedenog u Kini na uzorku od 429 MS/MT koji su ispunili kinesku verziju Upitnika o nasilju na radnom mjestu, ukazuju na to da je samo 4,9%–12% žrtava ispunilo obrazac za incident ili nezgodu, a glavni razlozi neprijavlivanja ovih nasilnih incidenata bili su to što se prijavljivanje incidenta smatralo beskorisnim (46,2%) ili nevažnim (41,4%) (108). Psihičko nasilje nanosi emocionalnu i psihičku štetu koja nije izvana vidljiva i teško ju je otkriti. Osim toga, kada pacijenti pate od kognitivnih oštećenja poput demencije ili ozljeda mozga, što umanjuje njihovu samokontrolu i razumijevanje posljedica svojih postupaka, MS/MT često zanemaruju namjernost ponašanja (109). Većina MS/MT nerado okrivljuje agresore. Zahtjevnost njihovih poslova, složen sustav prijavljivanja i percepcija da prijavljivanjem neće poboljšati situaciju dovode do niske stope prijavljivanja incidenata. Na učestalost prijavljivanja nasilja na radnom mjestu utječe i spremnost menadžmenta da podrži MS/MT (109). Preporuča se poboljšati

obuku menadžera koji bi trebali znati kome uputiti MS/MT za bolju podršku žrtvama i implementirati učinkovitiji proces prijavljivanja kako bi se potaknule veće stope prijavljivanja i standardizirani sustav za prijavljivanje nasilja. Ovo je istraživanje (108) pokazalo da je 38,7%–44,8% žrtava psihičkog nasilja poduzelo obrambene radnje; ipak, samo polovica je dobila savjetovanje. Nasilje na radnom mjestu može oslabiti radnu učinkovitost, smanjiti zadovoljstvo poslom i utjecati na zadržavanje medicinskog osoblja (110). Stoga je ključno usredotočiti se na psihološki oporavak i ponuditi savjetovanje o kriznoj traumi kako bi se pomoglo žrtvama nasilja.

Studija koju su proveli Duncan i suradnici, analizirala odgovore u anketi o nasilju na radnom mjestu od 8780 registriranih MS/MT u 210 bolnica u Kanadi. Rezultati su istaknuli učestalost nasilja s kojim se suočavaju MS/MT, pri čemu je gotovo polovica (46%) prijavila barem jedan incident nasilja u zadnjih pet smjena. Vrste nasilja su bile različite: emocionalno zlostavljanje (38%), prijetnja napadom (19%), fizički napad (18%), verbalno seksualno uznemiravanje (7,6%) i seksualno zlostavljanje (0,6%). Naime, 70% onih koji su doživjeli nasilje nisu ga prijavili. Pacijenti su bili primarni počinitelji svih vrsta nasilja. Značajni prediktori emocionalnog zlostavljanja, temeljeni na individualnoj analizi MS/MT, uključivali su dob, status zaposlenja, kvalitetu skrbi, restrukturiranje bolnice, vrstu jedinice, odnose s osobljem, omjer MS/MT i pacijenta i mjere za prevenciju nasilja (111).

Posljednja hipoteza ovog istraživačkog rada imala je za cilj utvrditi samoprocjenu sigurnosti na radnom mjestu u odnosu na agresiju psihijatrijskih pacijenata. Po pitanju intenziteta fizičke agresije, većina ispitanika (N=102; SR=64,03) izjavila je da se ne osjeća sigurno na radnom mjestu, te je otkrivena statistički značajna razlika u intenzitetu fizičke agresije između skupina ispitanika podijeljenih po samoprocjeni fizičke zaštite i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama ($p < 0,007$), to jest, to jest, ispitanici koji ne smatraju da zaštita i sigurnost u zdravstvenim ustanovama na odgovarajućoj razini izvještavali su o višem intenzitetu doživljene fizičke agresije. Nadalje, po pitanju intenziteta verbalne agresije, većina ispitanika (N=102; SR=64,07), također je izjavila da se ne osjeća sigurno na radnom mjestu, te je otkrivena statistički značajna u intenzitetu verbalne agresije između skupina ispitanika ($p < 0,006$), to jest, ispitanici koji ne smatraju da zaštita i sigurnost u zdravstvenim ustanovama na odgovarajućoj razini izvještavali su o višem intenzitetu doživljene verbalne agresije. Nije uočena statistički značajna razlika u intenzitetu seksualne agresije između skupina ispitanika podijeljenih po samoprocjeni fizičke zaštite i sigurnosti u

zdravstvenim ustanovama ($p < 0,85$). Razlike u ukupnom intenzitetu doživljenog nasilja između skupina ispitanika podijeljenih po samoprocjeni fizičke zaštite i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama pokazale su statistički značajnu razliku ($p < 0,006$), to jest, ispitanici koji ne smatraju da je fizička zaštita i sigurnost u zdravstvenim ustanovama na odgovarajućoj razini izvještavali su o višem ukupnom intenzitetu doživljenog nasilja. S obzirom na ove rezultate, možemo zaključiti kako se H4 koja glasi: Većina ispitanika koji su doživjeli neki od oblika agresije na radu ne osjećaju se sigurno na radnom mjestu, prihvaća.

Ovo istraživanje ima i svoja ograničenja. Uzorak u istraživanju je prigodan, u istraživanju nisu sudjelovali ispitanici svih psihijatrijskih klinika u Republici Hrvatskoj te istraživanje nije napravljeno s validiranim upitnikom. Ipak, snaga ovog istraživanja je u nekoliko ključnih rezultata. Ovi rezultati ukazuju na potrebu za poboljšanjem sigurnosnih mjera u zdravstvenim ustanovama i podizanjem svijesti o važnosti prijavljivanja nasilja. Također, istraživanje pruža vrijedne podatke za daljnje analize i intervencije usmjerene na smanjenje agresije prema MS/MT.

Nasilno ponašanje može utjecati na interakcije između MS/MT i pacijenata. MS/MT mogu izbjegavati kontakt, ostati na oprezu i postati povučeni. Incidenti nasilja također mogu utjecati na stavove psihijatrijskih MS/MT prema takvim događajima. Mogu se osjećati svladani iznenadnim nasiljem, što ih navodi da traže emocionalnu podršku, budu oprezni u svojim dužnostima i distanciraju se od pacijenata. U ekstremnim slučajevima mogu razmišljati o napuštanju posla (112). Druga krajnost je da bi se MS/MT mogli prilagoditi prihvaćanjem da je nasilje dio profesionalnog rizika (113).

U osmišljavanju strategija za rješavanje nasilja, MS/MT predlažu davanje prioriteta pristupima usmjerenim na MS/MT, održavanje kontrole nad pacijentima i okolinom (114) i zagovaranje poboljšanja u fizičkom rasporedu odjela za povećanje sigurnosti (115).

U svjetlu ovih otkrića, preporuča se da zdravstvene ustanove poduzmu mjere za unapređenje sigurnosnih protokola, educiraju osoblje za pravilno upravljanje agresivnim ponašanjem i promiču kulturu otvorenosti i podrške u kojoj se incidenti agresije prijavljuju i obrađuju s dužnom pažnjom. Također je bitno nastaviti istraživanja kako bi se dublje razumjeli uzroci agresije i razvile djelotvorne strategije za osiguranje sigurnijeg radnog okruženja za sve djelatnike.

6 ZAKLJUČAK

1. Učestalost agresije u ovom je istraživanju nađena u 92,5% medicinskih sestara/medicinskih tehničara (MS/MT) koji su doživjeli neki oblik agresivnog ponašanja.
2. Istraživanje je pokazalo da su ispitanici u dobnoj skupini od 30-39 godina najčešće doživjeli agresiju, ali nije utvrđena statistički značajna povezanost između dobi i učestalosti agresije. Najveća učestalost agresije zabilježena je na odjelima akutne i forenzičke psihijatrije, ali nije utvrđena statistički značajna povezanost između radilišta i učestalosti agresije.
3. Verbalna agresija ima visoku stopu od 92,5%, fizička agresija visoku stopu od 61,7%, dok seksualna agresija ima relativno nižu stopu od 5%.
4. Većina ispitanika (72,1%) prijavila je agresiju nadležnim službama, što ukazuje na visoku stopu prijavljivanja i svijest o važnosti prijavljivanja nasilja. Također, iako su muškarci češće prijavljivali agresiju, nije utvrđena statistički značajna razlika između spolova.
5. Većina ispitanika izjavila je da se ne osjeća sigurno na radnom mjestu (85,0%), a oni koji su smatrali da zaštita i sigurnost nisu na odgovarajućoj razini izvještavali su o višem intenzitetu doživljene agresije, što ukazuje na važnost adekvatnih sigurnosnih mjera.

LITERATURA

1. Estryn-Behar M, Van Der Eijden B, Camerino D, Fry C, Le Nezet O, Conway PM, et al. Violence risks in nursing--results from the European "NEXT" Study. *Occup Med (Lond)*. 2008;58(2):107–14.
<https://doi.org/10.1093/OCCMED/KQM142> PMID: 18211910
2. Zhang L, Wang A, Xie X, Zhou Y, Li J, Yang L, et al. Workplace violence against nurses: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2017;72:8–14.
<https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2017.04.002> PMID: 28412581
3. Moylan LB, McManus M, Cullinan M, Persico L. Need for Specialized Support Services for Nurse Victims of Physical Assault by Psychiatric Patients. *Issues Ment Health Nurs*. 2016;37(7):446–50.
<https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1185485> PMID: 27269817
4. Jacobowitz W. PTSD in psychiatric nurses and other mental health providers: a review of the literature. *Issues Ment Health Nurs*. 2013;34(11):787–95.
<https://doi.org/10.3109/01612840.2013.824053> PMID: 24131410
5. Verhaeghe S, Duprez V, Beeckman D, Leys J, Van Meijel B, Van Hecke A. Mental Health Nurses' Attitudes and Perceived Self-Efficacy Toward Inpatient Aggression: A Cross-Sectional Study of Associations With Nurse-Related Characteristics. *Perspect Psychiatr Care*. 2016;52(1):12–24.
<https://doi.org/10.1111/PPC.12097> PMID: 25495430
6. Hamrin V, Iennaco J, Olsen D. A review of ecological factors affecting inpatient psychiatric unit violence: implications for relational and unit cultural improvements. *Issues Ment Health Nurs*. 2009;30(4):214–26.
<https://doi.org/10.1080/01612840802701083> PMID: 19363726
7. Cooper C, Swanson N. Workplace violence in the health sector. State of the art. Geneva: Organización Internacional de Trabajo, Organización Mundial de la Salud, Consejo Internacional de Enfermeras Internacional de Servicios Públicos. 2002.
8. Pekurinen V, Välimäki M, Virtanen M, Kivimäki M, Vahtera J. Work Stress and Satisfaction with Leadership Among Nurses Encountering Patient Aggression in Psychiatric Care: A Cross-Sectional Survey Study. *Adm Policy Ment Health*.

- 2019;46(3):368–79. <https://doi.org/10.1007/S10488-018-00919-6> PMID: 30684111
9. Ridenour M, Lanza M, Hendricks S, Hartley D, Rierdan J, Zeiss R, et al. Incidence and risk factors of workplace violence on psychiatric staff. *Work*. 2015;51(1):19–28. <https://doi.org/10.3233/WOR-141894> PMID: 24894691
 10. Antonius D, Fuchs L, Herbert F, Kwon J, Fried JL, Burton PRS, et al. Psychiatric assessment of aggressive patients: A violent attack on a resident. *American Journal of Psychiatry*. 2010;167(3):253–9. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010063> PMID: 20194488
 11. Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, Lu K, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: A systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2019;76(12):927–37. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849> PMID: 31611310
 12. Soreff SM, Gupta V, Wadhwa R, Arif H. Aggression. *Encyclopedia of Behavioral Neuroscience: Volumes 1-3, Second edition*. 2023;1–3:V3-467-V3-474. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-819641-0.00061-X> PMID: 28846310
 13. WHO. Preventing violence [Internet]. 2004 [cited 2024 Jan 3]. www.who.int/violence_injury_prevention (accessed 2024 Jan 3)
 14. Stark S. Verbal Abuse. In: Moglia P, editor. *Psychology and Behavioral Health*. 4th ed. Amenia: Salem Press at Greyhouse Publishing; 2015. p. 1975–7.
 15. Foell J, Patrick CJ. Aggression. *Encyclopedia of Behavioral Neuroscience: Volumes 1-3, Second edition*. 2022;1–3:467–74. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-819641-0.00061-X> PMID: 28846310
 16. Siever LJ. Neurobiology of Aggression and Violence. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2008 [cited 2024 Aug 27];165(4):429. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.2008.07111774> PMID: 18346997
 17. Blair RJR. The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behavior. *Brain Cogn*. 2004;55(1):198–208. [https://doi.org/10.1016/S0278-2626\(03\)00276-8](https://doi.org/10.1016/S0278-2626(03)00276-8) PMID: 15134853

18. Meloy JR. Empirical basis and forensic application of affective and predatory violence. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40(6–7):539–47.
<https://doi.org/10.1080/J.1440-1614.2006.01837.X> PMID: 16756578
19. Barratt ES, Felthous AR. Impulsive versus premeditated aggression: implications for mens rea decisions. *Behavioral sciences & the law*. 2003;21(5):619–30. <https://doi.org/10.1002/BSL.555> PMID: 14502692
20. World Health Organization. Third milestones of a global campaign for violence prevention report, 2007: Scaling up. World Health Organization; 2007.
21. Kessler RC, Coccaro EF, Fava M, Jaeger S, Jin R, Walters E. The prevalence and correlates of DSM-IV intermittent explosive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2006;63(6):669–78.
<https://doi.org/10.1001/ARCHPSYC.63.6.669> PMID: 16754840
22. Coccaro EF, Schmidt CA, Samuels JF, Nestadt G. Lifetime and 1-month prevalence rates of intermittent explosive disorder in a community sample. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(6):820–4. <https://doi.org/10.4088/JCP.V65N0613> PMID: 15291659
23. Seroczynski AD, Bergeman CS, Coccaro EF. Etiology of the impulsivity/aggression relationship: genes or environment? *Psychiatry Res*. 1999;86(1):41–57. [https://doi.org/10.1016/S0165-1781\(99\)00013-X](https://doi.org/10.1016/S0165-1781(99)00013-X) PMID: 10359481
24. Coccaro EF, Bergeman CS, Kavoussi RJ, Seroczynski AD. Heritability of aggression and irritability: A twin study of the Buss-Durkee aggression scales in adult male subjects. *Biol Psychiatry*. 1997;41(3):273–84.
[https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(96\)00257-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(96)00257-0) PMID: 9024950
25. Miles DR, Carey G. Genetic and environmental architecture of human aggression. *J Pers Soc Psychol*. 1997;72(1):207–17.
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.72.1.207> PMID: 9008382
26. Moffitt TE. The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: gene-environment interplay in antisocial behaviors. *Psychol Bull*. 2005;131(4):533–54. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.4.533> PMID: 16060801

27. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II. Psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(10):1365–74. <https://doi.org/10.1097/00004583-199610000-00024> PMID: 8885591
28. Deater-Deckard K, Dodge KA, Bates JE, Pettit GS. Multiple risk factors in the development of externalizing behavior problems: group and individual differences. *Dev Psychopathol*. 1998;10(3):469–93. <https://doi.org/10.1017/S0954579498001709> PMID: 9741678
29. Marks DJ, Miller SR, Schulz KP, Newcorn JH, Halperin JM. The interaction of psychosocial adversity and biological risk in childhood aggression. *Psychiatry Res*. 2007;151(3):221–30. <https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2006.07.010> PMID: 17408754
30. Reif A, Rösler M, Freitag CM, Schneider M, Eujen A, Kissling C, et al. Nature and nurture predispose to violent behavior: serotonergic genes and adverse childhood environment. *Neuropsychopharmacology*. 2007;32(11):2375–83. <https://doi.org/10.1038/SJ.NPP.1301359> PMID: 17342170
31. Kim-Cohen J, Caspi A, Taylor A, Williams B, Newcombe R, Craig IW, et al. MAOA, maltreatment, and gene-environment interaction predicting children’s mental health: new evidence and a meta-analysis. *Mol Psychiatry*. 2006;11(10):903–13. <https://doi.org/10.1038/SJ.MP.4001851> PMID: 16801953
32. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*. 2002;359(9306):545–50. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)07740-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)07740-1) PMID: 11867106
33. Swann AC. Neuroreceptor mechanisms of aggression and its treatment. *J Clin Psychiatry*. 2003;64 Suppl 4:26–35. PMID: 12672262
34. Berkowitz L. On the formation and regulation of anger and aggression: A cognitive-neoassociationistic analysis. *American Psychologist*. 1990;45(4):494–503. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.45.4.494> PMID: 2186678
35. Crane CA, Testa M. Daily associations among anger experience and intimate partner aggression within aggressive and nonaggressive community couples.

- Emotion. 2014;14(5):985–94. <https://doi.org/10.1037/A0036884> PMID: 24866529
36. Norlander B, Eckhardt C. Anger, hostility, and male perpetrators of intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2005;25(2):119–52. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2004.10.001>
 37. Chen P, Coccaro EF, Jacobson KC. Hostile Attributional Bias, Negative Emotional Responding, and Aggression in Adults: Moderating Effects of Gender and Impulsivity. *Aggress Behav.* 2012;38(1):47–63. <https://doi.org/10.1002/AB.21407> PMID: 24833604
 38. Crick NR, Grotpeter JK. Relational Aggression, Gender, and Social-Psychological Adjustment. *Child Dev.* 1995;66(3):710. <https://doi.org/10.2307/1131945>
 39. Warburton WA, Anderson CA. Aggression, social psychology of. Vol. 1, *International encyclopedia of the social & behavioral sciences.* 2015. 373–380 p.
 40. Bodenmann G, Meuwly N, Bradbury TN, Gmelch S, Ledermann T. Stress, anger, and verbal aggression in intimate relationships: Moderating effects of individual and dyadic coping. <http://dx.doi.org/10.1177/0265407510361616>. 2010;27(3):408–24. <https://doi.org/10.1177/0265407510361616>
 41. Murphy CM, Hoover SA. Measuring Emotional Abuse in Dating Relationships as a Multifactorial Construct. *Violence Vict.* 1999;14(1):39–53. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.14.1.39> PMID: 10397625
 42. Ersan C. Physical aggression, relational aggression and anger in preschool children: The mediating role of emotion regulation. *J Gen Psychol.* 2020;147(1):18–42. <https://doi.org/10.1080/00221309.2019.1609897> PMID: 31084410
 43. SZO. Violence Prevention Alliance Approach [Internet]. Svjetska zdravstvena organizacija. 2024 [cited 2024 May 29]. <https://www.who.int/groups/violence-prevention-alliance/approach> (accessed 2024 May 29)

44. Rutherford A, Zwi AB, Grove NJ, Butchart A. Violence: a glossary. *J Epidemiol Community Health* (1978) [Internet]. 2007 Aug [cited 2024 Aug 29];61(8):676. <https://doi.org/10.1136/JECH.2005.043711> PMID: 17630364
45. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health [Internet]. Geneva; 2002 [cited 2024 Aug 29].
46. Basile KC, Smith SG, Breiding M, Black MC, Mahendra RR, National Center for Injury Prevention and Control (U.S.). Division of Violence Prevention. Sexual violence surveillance : uniform definitions and recommended data elements. Version 2.0 [Internet]. CDC. 2014 [cited 2024 Aug 29]. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/26326> (accessed 2024 Aug 29)
47. Jewkes R, Sen P, Garcia-Moreno C. Sexual violence. In: Krug E DLMJ, editor. World report on violence and health [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2002 [cited 2024 Aug 29]. p. 2002147–82.
48. Krantz G, Garcia-Moreno C. Violence against women. *J Epidemiol Community Health* (1978). 2005;59(10):818–21. <https://doi.org/10.1136/JECH.2004.022756> PMID: 16166351
49. Lehman C, Alston C. Psychological Abuse [Internet]. Study.com. 2023 [cited 2024 Aug 29]. <https://study.com/academy/lesson/what-is-psychological-abuse-definition-lesson-quiz.html> (accessed 2024 Aug 29)
50. Anderson A, West SG. Violence against mental health professionals: when the treater becomes the victim. *Innov Clin Neurosci*. 2011;8(3):34–9. PMID: 21487544
51. Friedman RA. Violence and mental illness--how strong is the link? *N Engl J Med*. 2006;355(20):2064–6. <https://doi.org/10.1056/NEJMP068229> PMID: 17108340
52. Barlati S, Stefana A, Bartoli F, Bianconi G, Bulgari V, Candini V, et al. Violence risk and mental disorders (VIORMED-2): A prospective multicenter study in Italy. *PLoS One* [Internet]. 2019 [cited 2024 Aug 30];14(4). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0214924> PMID: 30990814

53. Scocco P, Macis A, Ferrari C, Bava M, Bianconi G, Bulgari V, et al. Self-harm behaviour and externally-directed aggression in psychiatric outpatients: a multicentre, prospective study (viormed-2 study). *Scientific Reports* 2019 9:1. 2019;9(1):1–11. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-53993-7> PMID: 31780679
54. Douglas KS, Guy LS, Hart SD. Psychosis as a risk factor for violence to others: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 2009;135(5):679–706. <https://doi.org/10.1037/A0016311> PMID: 19702378
55. Volavka J. Triggering Violence in Psychosis. *JAMA Psychiatry.* 2016;73(8):769–70. <https://doi.org/10.1001/JAMAPSYCHIATRY.2016.1348> PMID: 27409516
56. Ullrich S, Keers R, Coid JW. Delusions, anger, and serious violence: new findings from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Schizophr Bull.* 2014;40(5):1174–81. <https://doi.org/10.1093/SCHBUL/SBT126> PMID: 24048345
57. Bo S, Abu-Akel A, Kongerslev M, Haahr UH, Simonsen E. Risk factors for violence among patients with schizophrenia. *Clin Psychol Rev.* 2011;31(5):711–26. <https://doi.org/10.1016/J.CPR.2011.03.002> PMID: 21497585
58. Witt K, van Dorn R, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS One.* 2013;8(2). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0055942> PMID: 23418482
59. Uggerby P, Nielsen RE, Correll CU, Nielsen J. Characteristics and predictors of long-term institutionalization in patients with schizophrenia. *Schizophr Res.* 2011;131(1–3):120–6. <https://doi.org/10.1016/J.SCHRES.2011.03.001> PMID: 21458239
60. Citrome L, Volavka J, Czobor P, Sheitman B, Lindenmayer JP, McEvoy J, et al. Effects of clozapine, olanzapine, risperidone, and haloperidol on hostility among patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv.* 2001;52(11):1510–4. <https://doi.org/10.1176/APPI.PS.52.11.1510> PMID: 11684748

61. Fazel M, Patel V, Thomas S, Tol W. Mental health interventions in schools in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(5):388–98. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70357-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70357-8) PMID: 26361001
62. Zimmerman M, Morgan TA, Stanton K. The severity of psychiatric disorders. *World Psychiatry*. 2018;17(3):258. <https://doi.org/10.1002/WPS.20569> PMID: 30192110
63. Peck MC, Scheffier RM. An analysis of the definitions of mental illness used in state parity laws. *Psychiatr Serv*. 2002;53(9):1089–95. <https://doi.org/10.1176/APPI.PS.53.9.1089> PMID: 12221306
64. NACDA. Epidemiologic Catchment Area Study, 1980-1985: [United States] [Internet]. United States Department of Health and Human Services. National Institute of Mental Health. 1994 [cited 2024 May 29]. <https://doi.org/10.3886/ICPSR06153.v1>
65. Swanson JW, Swartz MS, Essock SM, Osher FC, Wagner HR, Goodman LA, et al. The social-environmental context of violent behavior in persons treated for severe mental illness. *Am J Public Health*. 2002;92(9):1523–31. <https://doi.org/10.2105/AJPH.92.9.1523> PMID: 12197987
66. Tardiff K, Marzuk PM, Leon AC, Portera L, Weiner C. Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital. *Am J Psychiatry*. 1997;154(1):88–93. <https://doi.org/10.1176/AJP.154.1.88> PMID: 8988964
67. Krakowski M, Czobor P. Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. *Am J Psychiatry*. 2004;161(3):459–65. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.161.3.459> PMID: 14992971
68. James D V., Fineberg NA, Shah AK, Priest RG. An increase in violence on an acute psychiatric ward. A study of associated factors. *Br J Psychiatry*. 1990;156(JUNE):846–52. <https://doi.org/10.1192/BJP.156.6.846> PMID: 2207515
69. Faulkner LR, Grimm NR, McFarland BH, Bloom JD. Threats and assaults against psychiatrists. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1990;18(1):37–46. PMID: 2328332

70. Douglas KS, Skeem JL. Violence risk assessment getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law*. 2005;11(3):347–83. <https://doi.org/10.1037/1076-8971.11.3.347>
71. Rueve ME, Welton RS. Violence and mental illness. *Psychiatry (Edgmont)*. 2008;5(5):34–48. PMID: 19727251
72. Erdos BZ, Hughes DH. Emergency Psychiatry: A Review of Assaults by Patients Against Staff at Psychiatric Emergency Centers. *Psychiatric Services*. 2001 Sep;52(9):1175–7. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.9.1175> PMID: 11533390
73. Sheridan M, Henrion R, Robinson L, Baxter V. Precipitants of violence in a psychiatric inpatient setting. *Hosp Community Psychiatry*. 1990;41(7):776–80. <https://doi.org/10.1176/PS.41.7.776> PMID: 2365311
74. Abderhalden C, Needham I, Dassen T, Halfens R, Haug HJ, Fischer JE. Structured risk assessment and violence in acute psychiatric wards: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2008;193(1):44–50. <https://doi.org/10.1192/BJP.BP.107.045534> PMID: 18700217
75. Bjørkly S, Hartvig P, Heggen FA, Brauer H, Moger TA. Development of a brief screen for violence risk (V-RISK-10) in acute and general psychiatry: An introduction with emphasis on findings from a naturalistic test of interrater reliability. *Eur Psychiatry*. 2009;24(6):388–94. <https://doi.org/10.1016/J.EURPSY.2009.07.004> PMID: 19716682
76. Swanson JW. Preventing the unpredicted: managing violence risk in mental health care. *Psychiatr Serv*. 2008;59(2):191–3. <https://doi.org/10.1176/PS.2008.59.2.191> PMID: 18245162
77. Child RJH, Menten JC. Violence against women: The phenomenon of workplace violence against nurses. *Issues Ment Health Nurs*. 2010;31(2):89–95. <https://doi.org/10.3109/01612840903267638> PMID: 20070222
78. Bekelepi N, Martin P. Self-reported incidents of violence towards nurses working in acute psychiatric units. *Curationis [Internet]*. 2023 [cited 2024 Jan 3];46(1). <https://doi.org/10.4102/CURATIONIS.V46I1.2350> PMID: 37403668

79. Raja M, Azzoni A. Hostility and violence of acute psychiatric inpatients. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005;1:11. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-11> PMID: 16053528
80. Ravlić M. Nasilje na radnom mjestu nad medicinskim sestrama i tehničarima [Internet] [Diplomski rad]. [Koprivnica]: Sveučilište Sjever; 2020 [cited 2024 Aug 30].
81. Bišćan J. Nasilje na radu nad medicinskim sestrama i tehničarima [Internet] [Diplomski rad]. [Zagreb]: Sveučilište u Zagrebu; 2014 [cited 2024 Aug 30].
82. HKMS. Nasilje nad medicinskim sestrama i sigurnost u zdravstvenim ustanovama [Internet]. HKMS. 2018 [cited 2024 Jan 6]. <https://www.hkms.hr/anketa> (accessed 2024 Jan 6)
83. Delić M. SAMOPERCEPCIJA MEDICINSKIH SESTARATEHNIČARA O DOŽIVLJENOM NASILJU NA RADU U ZAVODU ZA HITNU MEDICINU-rad s istraživanjem [Internet]. Sveučilište u Rijeci. Fakultet zdravstvenih studija u Rijeci.; 2022 [cited 2024 Jan 6].
84. Spector PE, Zhou ZE, Che XX. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(1):72–84. <https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2013.01.010> PMID: 23433725
85. Flannery RB, Flannery GJ. International Review of Precipitants to Patient Assaults on Staff, 2013-2017. *Psychiatr Q*. 2018;89(2):497–503. <https://doi.org/10.1007/S11126-017-9552-5> PMID: 29256038
86. Bowers L, Douzenis A, Galeazzi GM, Forghieri M, Tsopelas C, Simpson A, et al. Disruptive and dangerous behaviour by patients on acute psychiatric wards in three European centres. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005;40(10):822–8. <https://doi.org/10.1007/S00127-005-0967-1> PMID: 16172813
87. Bizzarri J V., Piacentino D, Kotzalidis GD, Moser S, Cappelletti S, Weissenberger G, et al. Aggression and Violence Toward Healthcare Workers in a Psychiatric Service in Italy: A Retrospective Questionnaire-Based Survey.

- J Nerv Ment Dis. 2020;208(4):299–305.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001126> PMID: 32221184
88. Cheng S, Dawson J, Thamby J, Liaw WR, King EB. How do aggression source, employee characteristics and organisational response impact the relationship between workplace aggression and work and health outcomes in healthcare employees? A cross-sectional analysis of the National Health Service staff survey in England. *BMJ Open*. 2020;10(8):e035957.
<https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2019-035957> PMID: 32792432
89. Johansen IH, Baste V, Rosta J, Aasland OG, Morken T. Changes in prevalence of workplace violence against doctors in all medical specialties in Norway between 1993 and 2014: a repeated cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2017;7(8). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2017-017757> PMID: 28801441
90. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr Suppl*. 1992;20:1–97. <https://doi.org/10.1017/S0264180100000904> PMID: 1565705
91. Dean K, Walsh E, Morgan C, Demjaha A, Dazzan P, Morgan K, et al. Aggressive behaviour at first contact with services: findings from the AESOP First Episode Psychosis Study. *Psychol Med*. 2007;37(4):547–57.
<https://doi.org/10.1017/S0033291706008920> PMID: 17018170
92. Rothärmel M, Poirier MF, Levacon G, Kazour F, Bleher S, Gastal D, et al. Association between the violence in the community and the aggressive behaviors of psychotics during their hospitalizations. *Encephale*. 2017;43(5):409–15. <https://doi.org/10.1016/J.ENCEP.2017.04.002> PMID: 28641816
93. Franz S, Zeh A, Schablon A, Kuhnert S, Nienhaus A. Aggression and violence against health care workers in Germany--a cross sectional retrospective survey. *BMC Health Serv Res*. 2010;10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-51> PMID: 20184718

94. Merez D, Rymaszewska J, Mościcka A, Kiejna A, Jarosz-Nowak J. Violence at the workplace--a questionnaire survey of nurses. *Eur Psychiatry*. 2006;21(7):442–50. <https://doi.org/10.1016/J.EURPSY.2006.01.001> PMID: 16530389
95. Keane S, Szigeti A, Fanning F, Clarke M. Are patterns of violence and aggression at presentation in patients with first-episode psychosis temporally stable? A comparison of 2 cohorts. *Early Interv Psychiatry*. 2019;13(4):888–94. <https://doi.org/10.1111/EIP.12694> PMID: 29888439
96. Hartvig P, Roaldset JO, Moger TA, Østberg B, Bjørkly S. The first step in the validation of a new screen for violence risk in acute psychiatry: The inpatient context. *Eur Psychiatry*. 2011;26(2):92–9. <https://doi.org/10.1016/J.EURPSY.2010.01.003> PMID: 20456927
97. Hvidhjelm J, Sestoft D, Skovgaard LT, Rasmussen K, Almvik R, Bue Bjorner J. Aggression in Psychiatric Wards: Effect of the Use of a Structured Risk Assessment. *Issues Ment Health Nurs*. 2016;37(12):960–7. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1241842> PMID: 27901619
98. Grassi L, Peron L, Marangoni C, Zanchi P, Vanni A. Characteristics of violent behaviour in acute psychiatric in-patients: a 5-year Italian study. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104(4):273–9. <https://doi.org/10.1034/J.1600-0447.2001.00292.X> PMID: 11722302
99. Grassi L, Biancosino B, Marmai L, Kotrotsiou V, Zanchi P, Peron L, et al. Violence in psychiatric units: a 7-year Italian study of persistently assaultive patients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(9):698–703. <https://doi.org/10.1007/S00127-006-0088-5> PMID: 16799745
100. Biancosino B, Delmonte S, Grassi L, Santone G, Preti A, Miglio R, et al. Violent behavior in acute psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy. *J Nerv Ment Dis*. 2009;197(10):772–82. <https://doi.org/10.1097/NMD.0B013E3181BB0D6B> PMID: 19829207
101. Weltens I, Bak M, Verhagen S, Vandenberk E, Domen P, van Amelsvoort T, et al. Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. *A*

- systematic review of the literature. *PLoS One*. 2021;16(10):e0258346.
<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0258346> PMID: 34624057
102. Virtanen M, Vahtera J, Batty GD, Tuisku K, Pentti J, Oksanen T, et al. Overcrowding in psychiatric wards and physical assaults on staff: data-linked longitudinal study. *Br J Psychiatry*. 2011;198(2):149–55.
<https://doi.org/10.1192/BJP.BP.110.082388> PMID: 21282786
103. Weltens I, Bak M, Verhagen S, Vandenberg E, Domen P, van Amelsvoort T, et al. Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. *PLoS One*. 2021;16(10).
<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0258346> PMID: 34624057
104. Lu L, Lok KI, Zhang L, Hu A, Ungvari GS, Bressington DT, et al. Prevalence of verbal and physical workplace violence against nurses in psychiatric hospitals in China. *Arch Psychiatr Nurs*. 2019;33(5):68–72.
<https://doi.org/10.1016/J.APNU.2019.07.002> PMID: 31711597
105. Lepiešová M, Tomagová M, Bóriková I, Farský I, Žiaková K, Kurucová R. Experience of nurses with in-patient aggression in the Slovak Republic. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*. 2015;6(3):306–12.
<https://doi.org/10.15452/CEJNM.2015.06.0020>
106. d’Ettorre G, Pellicani V. Workplace Violence Toward Mental Healthcare Workers Employed in Psychiatric Wards. *Saf Health Work*. 2017;8(4):337–42.
<https://doi.org/10.1016/J.SHAW.2017.01.004> PMID: 29276631
107. Spencer PC, Munch S. Client violence toward social workers: the role of management in community mental health programs. *Soc Work*. 2003;48(4):532–44. <https://doi.org/10.1093/SW/48.4.532> PMID: 14620110
108. 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;14(1). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0211183> PMID: 30677077
109. Sato K, Wakabayashi T, Kiyoshi-Teo H, Fukahori H. Factors associated with nurses’ reporting of patients’ aggressive behavior: a cross-sectional survey. *Int*

J Nurs Stud. 2013;50(10):1368–76.

<https://doi.org/10.1016/J.IJNURSTU.2012.12.011> PMID: 23305760

110. Liu W, Zhao S, Shi L, Zhang Z, Liu X, Li L, et al. Workplace violence, job satisfaction, burnout, perceived organisational support and their effects on turnover intention among Chinese nurses in tertiary hospitals: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2018;8(6). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2017-019525> PMID: 29886440
111. Duncan SM, Hyndman K, Estabrooks CA, Hesketh K, Humphrey CK, Wong JS, et al. Nurses' experience of violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Can J Nurs Res*. 2001;32(4):57–78. PMID: 11928302
112. Yosep I, Mediani HS, Hazmi H, Mardiyah A. Mental Health Nurses' Perspective of Work-Related Violence in Indonesia: A Qualitative Study. *Int J Caring Sci*. 2019;12(3):1876.
113. Ward L. Ready, aim fire! Mental health nurses under siege in acute inpatient facilities. *Issues Ment Health Nurs*. 2013;34(4):281–7. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.742603> PMID: 23566191
114. Stevenson KN, Jack SM, O'Mara L, LeGris J. Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: An interpretive descriptive study. *BMC Nurs*. 2015;14(1):1–13. <https://doi.org/10.1186/S12912-015-0079-5/TABLES/1>
115. Lantta T, Anttila M, Kontio R, Adams CE, Välimäki M. Violent events, ward climate and ideas for violence prevention among nurses in psychiatric wards: A focus group study. *Int J Ment Health Syst*. 2016;10(1):1–10. <https://doi.org/10.1186/S13033-016-0059-5/TABLES/1>

PRILOZI

Prilog A: Popis ilustracija

Popis slika:

Slika 1. Udio ispitanika prema spolu	23
Slika 2. Udio ispitanika prema dobnim skupinama.....	23
Slika 3. Udio ispitanika prema stupnju obrazovanja.....	24
Slika 4. Udio ispitanika prema godinama radnog staža.....	24
Slika 5. Udio ispitanika prema stavu o odgovarajućoj razini fizičke zaštite i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama.....	37

Popis tablica:

Tablica 1. Sociodemografski podaci sudionika istraživanja.....	22
Tablica 2. Doživljeno nasilje na poslu MS/MT s obzirom na dob	26
Tablica 3. Doživljeno nasilje na poslu MS/MT s obzirom na spol.....	26
Tablica 4. Doživljeno nasilje na poslu MS/MT s obzirom na radilište	27
Tablica 5. Vrste nasilja nad MS/MT prema učestalosti.....	28
Tablica 6. Doživljeno verbalno nasilje psihijatrijskih pacijenata prema MS/MT s obzirom na dob.....	28
Tablica 7. Doživljeno verbalno nasilje psihijatrijskih pacijenata prema MS/MT s obzirom spol.....	29
Tablica 8. Doživljeno verbalno nasilje psihijatrijskih pacijenata prema MS/MT s obzirom na radilište	30
Tablica 9. Doživljeno fizičko nasilje psihijatrijskih pacijenata prema MS/MT s obzirom na dob	30
Tablica 10. Doživljeno fizičko nasilje psihijatrijskih pacijenata prema MS/MT s obzirom na spol.....	31
Tablica 11. Doživljeno fizičko nasilje psihijatrijskih pacijenata prema MS/MT s obzirom na radilište	32
Tablica 12. Doživljeno seksualno nasilje psihijatrijskih pacijenata prema MS/MT s obzirom na dob.....	33
Tablica 13. Doživljeno seksualno nasilje psihijatrijskih pacijenata prema MS/MT s obzirom na spol.....	33

Tablica 14. Doživljeno seksualno nasilje psihijatrijskih pacijenata prema MS/MT s obzirom na radilište	34
Tablica 15. Učestalost prijavljivanja agresije psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama s obzirom na spol	35
Tablica 16. Učestalost prijavljivanja agresije psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama s obzirom na godine radnog staža	36
Tablica 17. Učestalost prijavljivanja agresije psihijatrijskih pacijenata nadležnim službama s obzirom na stupanj obrazovanja.....	36
Tablica 18. Povezanosti samoprocjene sigurnosti i pojedinih vrsta agresije	38
Tablica 19. Deskriptivni podaci varijabli intenziteta doživljene različite kategorije nasilja i ukupno	39
Tablica 20. Razlike u intenzitetu fizičke agresije između skupina ispitanika podijeljenih po samoprocjeni fizičke zaštite i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama	40
Tablica 21. Razlike u intenzitetu verbalne agresije između skupina ispitanika podijeljenih po samoprocjeni fizičke zaštite i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama	41
Tablica 22. Razlike u intenzitetu seksualne agresije između skupina ispitanika podijeljenih po samoprocjeni fizičke zaštite i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama	41
Tablica 23. Razlike u ukupnom intenzitetu doživljenog nasilja između skupina ispitanika podijeljenih po samoprocjeni fizičke zaštite i sigurnosti u zdravstvenim ustanovama	42

Prilog B: Upitnik

Poštovani/poštovana,

pozivamo Vas da sudjelujete u istraživanju u kojem se ispituje samopercepcija medicinskih sestara/tehničara o agresiji od strane pacijenata na psihijatrijskom odjelu. Istraživanje se provodi u svrhu izrade diplomskog rada u sklopu Diplomskog studija Sestrinstvo – promicanje i zaštita mentalnog zdravlja na Fakultetu zdravstvenih studija u Rijeci, studenta Duška Malića, na temu „PERCEPCIJA MEDICINSKIH SESTARATEHNIČARA O AGRESIJI PACIJENATA NA PSIHIJATRIJI“, pod mentorstvom Marije Spevan, mag. med. techn. i komentorstvom izv. prof. dr. sc. Ksenije Baždarić, dipl. psih.-prof.

Svrha ovog istraživanja je ukazati na učestalost i oblike agresivnog ponašanja prema medicinskim sestrama-tehničarima od strane psihijatrijskih pacijenata na psihijatrijskim odjelima, kako bi se poduzele mjere s ciljem stvaranja sigurnog radnog okruženja za ovu populaciju.

Istraživanje je anonimno, a Vaše sudjelovanje dobrovoljno i možete se slobodno i bez ikakvih posljedica povući u bilo koje vrijeme, bez navođenja razloga. Za ispunjavanje upitnika potrebno je oko 10 minuta. Rezultati će se u znanstvenoistraživačke i edukacijske svrhe. Istraživanje će biti provedeno u skladu s etičkim načelima i ljudskim pravima u istraživanjima.

Pritiskom na gumb "dalje" potvrđujete da ste pročitali informacije za gore navedeno istraživanje, te ste upoznati s tim da je Vaše sudjelovanje dobrovoljno te da se možete povući u bilo koje vrijeme, bez navođenja razloga i bez ikakvih posljedica i da ste spremni sudjelovati u navedenom istraživanju.

Ukoliko imate bilo kakvih pitanja ili nedoumica, slobodno se obratite autoru istraživanja putem e-maila: malicdusko83@gmail.com ili na broj mobitela: 0989653789,

Duško Malić, bacc. med. tech.

Molim Vas da na ponuđena pitanja odgovorite što iskrenije.

I. OPĆI PODACI

1. Dob

2. Spol a. Muško

b. Žensko

c. Ne želim se izjasniti

3. Radilište

a. akutna (urgentna) psihijatrija i krizna stanja

b. forenzička psihijatrija

c. bolesti ovisnosti

d. afektivni poremećaji i granična stanja

e. adolescentna psihijatrija

f. psihotrauma

g. dnevna bolnica

h. ostalo

4. Godine radnog staža _____

5. Razina obrazovanja

a. Srednja stručna sprema

b. Prvostupnik/ica sestrinstva

c. Magistar/ica sestrinstva

d. Doktor/ica znanosti

II. UPITNIK O NASILJU NA RADNOM MJESTU HKMS

1. Jeste li ikad, za vrijeme obavljanja svojeg posla, doživjeli neki oblik nasilja na radnom mjestu?

a) Da

b) Ne

2. Navedite o kojem obliku nasilja se radilo.

a) Verbalno

b) Fizičko

c) Seksualno zlostavljanje

d) Nikada nisam doživio/la nikakav oblik nasilja na radnom mjestu

3. Jeste li prijavili nasilje nadležnim tijelima?

a) Da

b) Ne

c) Nikada nisam doživio/la nikakav oblik nasilja

4. Bojite li se za svoju sigurnost na radnom mjestu zbog nasilja koje ste doživjeli?

a) Da

b) Ne

c) Ponekad

d) Nikada nisam doživio/la nikakav oblik nasilja

5. Smatrate li da je fizička zaštita i sigurnost u zdravstvenim ustanovama na odgovarajućoj razini?

a) Da

b) Ne

III. UPITNIK O VRSTI DOŽIVLJENE AGRESIJE NA RADNOM MJESTU OD STRANE PACIJENTA

1. Koji oblik fizičke agresije ste doživjeli? (moguće označiti više odgovora)

- a) Blokiranje prolaza
- b) Unošenje u lice
- c) Guranje rukama
- d) Udarac rukom ili predmetom
- e) Ometanje u izvođenju intervencije, hvatanje za ruku
- f) Ostalo _____ (navedite)
- g) Nikada nisam doživio/la nikakav oblik fizičke agresije

2. Koji oblik verbalne agresije ste doživjeli? (moguće označiti više odgovora)

- a) Vikanje
- b) Verbalne prijetnje
- c) Vrijeđanje
- d) Omalovažavanje
- e) Psovanje
- f) Ostalo _____ (navedite)
- g) Nikada nisam doživio/la nikakav oblik verbalne agresije

3. Koji oblik seksualne agresije ste doživjeli?

- a) neprimjereni komentari na osobni izgled
- b) neprimjereni dodirivanje tijela
- c) neprimjereni komentiranje pred drugim kolegama
- d) prisila na spolni odnos
- e) simuliranje spolnog odnosa kroz pokrete, grimase lica
- f) Ostalo _____ (navedite)

g) Nikada nisam doživio/la nikakav oblik seksualnog nasilja

Zahvaljujem na sudjelovanju!

Prilog C: Odluka Etičkog povjerenstva za biomedicinska istraživanja



Sveučilište u Rijeci • Fakultet zdravstvenih studija
University of Rijeka • Faculty of Health Studies
Viktora Cara Emina 5 • 51000 Rijeka • CROATIA
Phone: +385 51 77777
www.fzsi.uniri.hr

Rijeka, 08. travanj 2024.

ODLUKA

VII. sjednice Etičkog povjerenstva za biomedicinska istraživanja (u nastavku Povjerenstvo) u 2023./2024. ak. godini održane 08. travnja 2024. godine.

Dana 02. travnja 2024. zaprimili smo Vašu molbu za izdavanje suglasnosti Povjerenstva.

Podnositelj : **Duško Malić**

Dokumentaciju čine:

- a) Zamolba
- b) Izjava mentora i komentora o etičnosti istraživanja
- c) Odobreni nacrt diplomskog rada
- d) Primjerak anketnog upitnika
- e) Informirani pristanak

Svi članovi Povjerenstva utvrdili su da predložena tema u okviru istraživanja " Percepcija medicinskih sestara/tehničara o agresiji pacijenata na psihijatriji", metodologija rada i istraživanja u etičkom smislu **nisu dvojbeni**, te da se prosljeđuju na daljnji postupak.

Ova Odluka stupa na snagu sa danom njenog donošenja.

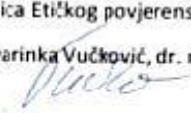
Žalbu na ovu odluku moguće je dostaviti pismenim putem u roku

7 dana od dana njenog donošenja dekanici Fakulteta zdravstvenih studija, prof. dr. sc. Danieli Malnar, dr. med.

Dostaviti:

1. Arhiva Fakulteta
2. Podnositelju predmeta (**Duško Malić**)

Predsjednica Etičkog povjerenstva
Prof. dr. sc. Darinka Vučković, dr. med.


2024.04.08. 10:15:15
Fakultet zdravstvenih studija
Rijeka

ŽIVOTOPIS

OSOBNNE INFORMACIJE:

Ime i prezime: Duško Malić

Datum i mjesto rođenja. 19.05.1983. Novi Sad

Državljanstvo: Hrvatsko

OBRAZOVANJE:

1990.-1998. O.Š. „Đuro Pilar“ Slavonski Brod

1998.-2002. Srednja medicinska škola Slavonski Brod

2014.-2017. Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo, FZSRI (dislocirani studij u Karlovcu)

2022.-2024. Sveučilišni diplomski studij Sestrinstvo - promicanje i zaštita mentalnog zdravlja, FZSRI, Rijeka

RADNO ISKUSTVO:

2004. godine nakon položenog stručnog ispita početak rada u tadašnjoj ustanovi „Dom za psihički oboljele starije osobe“ u Đakovačkoj Breznici

2007. početak rada u Psihijatrijskoj bolnici Rab na Odjelu ovisnosti, duodijagnoza i graničnih stanja

Od 2013. godine do danas u istoj ustanovi na Odjelu akutnih i kriznih stanja

RAČUNALNE VJEŠTINE:

Microsoft Word, Excel, PowerPoint