

ZMANJŠEVANJE POJAVOV NASILJA NA DELOVNIH MESTIH MEDICINSKIH SESTER V SLOVENIJI

REDUCING VIOLENCE AGAINST NURSES AT WORK PLACE IN SLOVENIA

Darinka Klemenc, Majda Pahor

UDK/UDC 614.253.5:613.62

DESKRIPTORJI: *poklicna izpostavljenost; nasilje; zdravstvena nega*

DESCRIPTORS: *occupational exposure; violence; nursing care*

Izvleček – Članek obravnava različne vrste nasilja na delovnih mestih medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic v Sloveniji. Uvodoma so teoretično opredeljeni osnovni koncepti nasilja, ki so v empiričnem delu preverjeni s pomočjo anketne raziskave na reprezentativnem vzorcu. Ta je bila v letu 1999 izvedena v organizaciji Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana. S pomočjo analize 376 veljavnih vprašalnikov so predstavljene nekatere dimenzije pojava, kot so: pogostost, lokacija, čas, vrste in povzročitelji nasilja, ki ga zaznavamo izvajalci zdravstvene nege na svojih delovnih mestih. Na koncu so predstavljeni rezultati enoletnega akcijskega raziskovalnega projekta, katerega posledica bila organizacija strokovnega srečanja Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, izdaja zbornika, ustanovitev inštituta varuha človekovih pravic za področje zdravstvene nege in delovne skupine za nasilje v zdravstveni negi.

Abstract – The article deals with different forms of violence against nurses, nursing technicians and midwives at work place in Slovenia. The introduction defines concepts of violence which were being empirically tested by means of an inquiry on a representative sample in 1999. The research was performed in the frames of the Association of Slovenian Nurses and Nursing Technicians. 376 valid questionnaires were analysed, and the following dimensions of the phenomenon illustrated: frequency, location, time, kinds and perpetrators experienced by nurses at their work place. In the end, the results of a one year action research project; one of its consequences was the organization of a professional meeting of the Association of Nurses and Nursing Technicians Ljubljana, proceedings, foundation of the institute of the ombudsman for nurses' rights for the field of nursing and the task force for non-violence in nursing.

Uvod

Medicinske sestre različnih ravni izobrazbe, zdravstveni tehniki in babice (v nadaljevanju medicinske sestre) predstavljajo tretjino vseh zaposlenih v zdravstvu. Med njimi je pretežna večina žensk – 90 odstotkov. Tipična ženska populacija, čeprav moških ne smemo zapostavljati, je zaradi narave dela, še vedno živih stereotipov in močne hierarhije v zdravstvu izpostavljena različnim oblikam nasilnih pojavov. V bolnišnicah in drugih zdravstvenih ustanovah se nasilje nad medicinskimi sestrami povečuje. Nasilni niso le bolniki, pač pa tudi sorodniki bolnikov, v nekaterih primerih pa tudi sodelavci in zdravniki (Zdravje žensk, 1995).

Občutljivost na nasilje in zaznavanje le tega se v naši družbi povečuje; to ugotavljajo tudi medicinske sestre v Sloveniji. Društvo medicinskih sester in zdrav-

stvenih tehnikov (DMSZT) Ljubljana, ki združuje prek 4400 članic in članov, se je leta 1999 odločilo ta pojav raziskati in o njem glasno spregovoriti. Z raziskavo je želelo ustvariti empirično osnovo za dober pristop in reševanje neprijetnega, a pogostega pojava. Posameznik, ki doživi nasilje, o tem mnogo težje spregovori kot organizirana poklicna skupina, ki predstavlja civilno družbo. Na strokovnem srečanju društva decembra 1999 je bilo o nasilju na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji prvič v zgodovini slovenske zdravstvene nege tudi javno spregovorjeno. Predstavljena je bila raziskava, ki je potrdila, da je nasilje, tako kot drugje v razvitem svetu, prisotno tudi v slovenskem zdravstvu. Ob tem so bile nakazane nekatere rešitve in dane pobude za preprečevanje nasilja, reševanje konfliktnih situacij in izboljševanje medosebni odnosov med zdravstvenimi delavci, pa tudi v zdravstvu nasploh (povzeto po Klemenc, 1999).

Darinka Klemenc, dipl. m. s., Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, Zaloška cesta 7, Ljubljana

Doc. dr. Majda Pahor, univ. dipl. soc., Visoka šola za zdravstvo Univerza v Ljubljani, Poljanska cesta 26a, Ljubljana

Predhodna verzija članka, zlasti prvi del, je bila objavljena v Zborniku člankov s strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo DMSZT Ljubljana z naslovom: Nasilje in spolno nadlegovanje medicinskih sester v Sloveniji, ki ga je izdalo DMSZT Ljubljana 4. 12. 1999.

Družbeni kontekst in definicija nasilja

Kaj je za koga normalno, je odvisno od kriterija, ki ga imamo v mislih. Če gledamo s statističnega vidika, je normalno tisto, kar počne večina ljudi. Mnoge oblike vedenja, ki jih v določenem sociokulturnem okolju štejejo za normalne, veljajo drugje za odklone in obratno (Lamovec, Rojnik, 1978).

Težnjo k agresivnosti lahko povečujejo okoliščine, ki niso pomensko ali vzročno povezane z agresijo ali z vzrokom razburjenosti (na primer povišana temperatura, velik hrup, gneča, nekateri telesni, fiziološki dejavniki, informacije, gledanje napetih prizorov ali erotičnih scen). To so same po sebi agresijsko nespecifične okoliščine, ki pa v povezavi s stanjem čustvene napetosti ali jeze pripeljejo do agresivnega obnašanja. Skoraj vsako obnašanje, celo opustitev kakega dejanja, lahko postane v primerni interpretaciji agresivnost. In obratno, tudi najtežji primeri uporabe sile se lahko ne pojmujejo kot agresivni, če gre za samoobrambo. Za identifikacijo nekega obnašanja ali dejanja kot agresivnega so bistvena merila: škodljiv namen, dejanska škoda in kršenje veljavnih norm (Mummen-day, 1990, Nastran Ule, 1994).

Najpogosteje citirana definicija agresivnosti pravi: agresivnost je vedenjska značilnost, ki se kaže v gospodovalnih, nasilnih in napadalnih dejanjih proti drugim ljudem. Je kakršnakoli oblika vedenja, katerega cilj je prizadeti ali raniti drugo živo bitje, ki pa se takšnemu ravnanju želi izogniti (Pačnik, 1989).

Vedno več raziskovalcev meni, da je agresivnost predvsem naučena oblika vedenja, se pravi pridobljena, tako kot mnoge druge reakcije in aktivnosti. Po Banduri (1977, cit. po Pačnik, 1989) so ljudje agresivni zato:

- ker so se na osnovi preteklih izkušenj agresivnosti naučili;
- ker so za takšne oblike vedenja nagrajevani oziroma dojemajo nekatere reakcije in njihovo agresivno vedenje kot nagrado;
- ker jih okolica neposredno spodbudi k nasilju (specifične socialne situacije in pobude).

Pačnik (1989) navaja, da je pomembna tudi tolikokrat prezrta pasivna agresivnost, ki se kaže v posebnih oblikah, recimo v pozabljanju zmenkov, zamujanju, zavlačevanju z delom, zadolževanju in izgubljanju pomembnih reči. Pasivno agresivnost uporabljajo posamezniki zato, da se uprejo zahtevam avtoritete. Tudi molk je oblika nasilja (Klemenc, 1999).

Slovenski narodni značaj in nasilje

Nacionalni značaj pomeni povprečne osebnostne značilnosti pripadnika nekega naroda, ki se razlikujejo od povprečnih značilnosti pripadnikov drugih narodov. Slovenski avtostereotip vključuje introvertira-

nost in neagresivnost. Glede prve lastnosti se empirične ugotovitve dokaj ujemajo z avtostereotipom, glede druge pa ne; Slovenci smo v povprečju dokaj introvertni, vendar tudi agresivni (povzeto po Musek, 1994).

Večina študij slovenskega nacionalnega značaja izhaja iz Eysenckove teorije osebnosti (Pečjak, 2000), ki razlikuje tri temeljne lastnosti: introvertnost – ekstravertnost, čustveno stabilnost – čustveno labilnost (nevroticizem) ter psihoticizem (agresivnost, prepirljivost, nevoščljivost, ambicioznost, tekmovalnost, grobost, dominantnost, sumničavost). Slovenci smo bolj introvertni od večine evropskih in mnogih neevropskih narodov. Glede nevroticizma smo uvrščeni zelo visoko, tako v evropskem kot v svetovnem merilu (povzeto po Pečjak, 2000).

Slovenci smo, kar zadeva agresivnost, maskulino obnašanje, dominantnost, uporništvu, brezobzirnost, upor zoper avtoriteto, dogmatizem, težnjo po neodvisnosti in avanturizem v mednarodnem nadpovprečju. Pri moških je opaziti večjo usmerjenost k dominiranju, agresivnosti in neodvisnosti ter izrazitejši spolni interes in močnejšo motivacijo storilnosti. Pri ženskah so bolj poudarjeni socialni motivi, težnja po prilaganju in podrejanju ter pripravljenost sprejeti krivdo. Ženske so bolj nežne, blage, sentimentalne, občutljive, submisivne, konservativne, bolj se nagibajo k občutjem krivde in k depresivnosti, bolj rafinirane, tople, prijazne, odprte, plahe, napete, nesproščene ter zaupljive in manj dominantne, samoobvladane in manj bohemske (Musek, 1995, Klemenc, 1999).

Če skušamo prenesti gornje opisovanje slovenskega nacionalnega značaja na delovna mesta medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev, bi bilo zanimivo primerjati prisotnost psihoticizma (prepirljivosti, nevoščljivosti, tekmovalnosti, grobosti) in introvertnosti (občutljivosti, sumničavosti, previdnosti) v odnosu na slovensko populacijo. Ko pridamo še telesne, starostne, vedenjske predsodke, pa stereotipe, povezane z delovnim mestom in spolom, imamo kar nekaj izhodiščnih točk za razmišljanje o pojavnosti različnih vrst nasilja na delovnih mestih medicinskih sester. Le te so v predstavljeni raziskavi obravnavane kot žrtve različnih vrst nasilja na delovnih mestih (Klemenc, 1999).

Vrste nasilja

Agresija in nasilje se vedno pogosteje pojavljata v ustanovah, kjer ju ne bi pričakovali, kot so zdravstvene ustanove, šole, trgovine na drobno, državni uradi. Vsakdo, ki dela z ljudmi in kjer lahko pride do nestrižnanj in nesoglasij, je izpostavljen nasilju. Nekaterim vzrokom agresije in nasilja se lahko izognemo (Brennan, 1996).

Oblike nasilja so v družbenih praksah običajno prepletene. *Ekonomsko* nasilje težko ločimo od *političnega*, *pravnega*, *ideološkega*, *telesnega* in celo *spolnega* nasilja (Kanduč, Korošec, Bošnjak, 1998).

Telesno nasilje vključuje pretepanje, udarjanje s pestmi, klofute, pljuvanje, porivanje, brcanje, davljenje, zvijanje rok, poškodovanje z različnimi predmeti ter druge oblike fizične prisile.

Psihično nasilje vključuje grožnjo s pretepanjem, posmeh glede izgleda posameznika, njegovih navad, inteligentnosti, prijateljev ali družine, izoliranje od prijateljev ali družine, grožnjo, da mu bodo vzeli otroka, prepoved posedovanja stvari, ki so mu izredno pomembne, uničevanje pohištva ali osebnih stvari, ki veliko pomenijo, prikrajšanje glede denarja, grožnjo, da ga bodo vrgli iz hiše, stanovanja ali da bo moral v psihiatrično bolnišnico (Pravno informacijski center, 1999).

V zadnjem času se po svetu, delno že tudi pri nas, uveljavlja nov izraz za obliko *psihološkega* nasilja, poimenovano z angleško besedo »*mobbing*«. Izraz izhaja iz glagola »to mob«, ki pomeni napadati, zmerjati, nadlegovati (Grad, 1999). »*Mobbing*« je oblika psihološkega nasilja na delovnih mestih, kjer eden ali več zaposlenih izkazuje sovražno razpoloženje običajno nasproti eni osebi skozi daljše časovno obdobje in ji s tem povzročajo slabo počutje (www.Leymann, 2000).

Definicija, ki jo je prevzela tudi Evropska unija, smatra za *spolno nasilje* nezaželeno ravnanje spolne narave ali drugo ravnanje, temelječe na spolu, ki ogroža dostojanstvo žensk in moških na delovnem mestu; vključuje nezaželeno telesno, verbalno ali neverbalno ravnanje (Urad za žensko politiko, 1999, Planinšek, 1999).

Nasilje v zdravstveni negi

Dejavnost zdravstvene nege izhaja iz dveh zelo različnih, celo nasprotujočih si virov: iz tradicionalne samostojne ženske zdraviteljske in negovalne vloge v družini in skupnosti ter iz zdravniku podrejene vloge bolnišnične delavke za opravila po zdravnikovem naročilu; ta vloga izhaja iz vzpona bolnišnic v 19. stol. (Pahor, 1997).

Pahor (1997) navaja, da Turner (1992) postavlja prizadevanja zdravstvene nege za profesionalizacijo v kontekst patriarhalizma kot enega osrednjih družbenih konceptov. Zdravstvena nega je tipičen primer patriarhalne podreditve žensk. V bolnišnici se oblikuje klasična triada: zdravnik je mož in oče, gospodar, racionalen, odločen, oddaljen; medicinska sestra je mati, gospodinja, je čustvena, podrejena, blizu in stalno prisotna; bolniki so otroci, ki so nemočni in morajo ubogati, zaupati materi in se bati očeta. To freudovsko razumevanje odnosov v bolnišnici odseva razmerja v patriarhalni družini 19. stoletja (Klemenc, 1999).

Zdravstveno nego izvajajo pretežno ženske, ki imajo v družbi nižji status kot moški, nizko izobrazbo, slabe plače, nizek ugled, dolg delovni čas, nizko avtonomijo pri delu in majhne možnosti za poklicno napredo-

vanje (Pahor, 1997). Tudi podobe medicinskih sester, nastopajočih v leposlovju in medijih, bi lahko razvrstili na dobre angele, služkinje, bojevnice, neumnice in vlačuge (Ellis, Hartley, 1988; Kalisch & Kalisch, 1986, cit. po Urbančič, 1996 in Pahor, 1997).

Za medicinske sestre v Evropi je značilno pomanjkanje moči pri odločanju v zdravstvenem varstvu na vseh ravneh. Malo moči in možnosti vplivanja imajo tako na ravni zdravstvenega tima kot na državni ravni, pri sprejemanju strategij in planov ter delitvi sredstev v okviru ministrstev za zdravstvo (Salvage, 1995, cit. po Pahor, 1997).

Raziskave v svetu kažejo, da so med zdravstvenim osebjem prav medicinske sestre na delovnem mestu najbolj izpostavljene nasilju. Journal of Healthcare Protection Management navaja, da so bile medicinske sestre leta 1989 najbolj ogrožena skupina s 87 odstotki prijavljenih napadov v bolnišnicah (Deklaracija ICN, 1995).

V ZDA se 38 odstotkov vsega nasilja na delovnih mestih zgodi zdravstvenim delavcem (Bureau of Labour Statistics, 1994, povzeto po Farrell, 1997). Približno tretjina medicinskih sester v koloradskem združenju je razkrila, da so bile leta 1996 žrtve nasilja na delovnih mestih. Velika večina je povedala, da so bili napadalci bolniki. Polovica jih je priznala, da nasilja ne delovnem mestu niso prijavile. Kar 71 odstotkov jih je ugotovilo, da bi za to potrebovale posebna izobraževanja (Farrell, 1997).

Naivno bi bilo razmišljati, da medicinske sestre niso nasilne v medsebojnih odnosih, pa tudi v odnosih do bolnikov, zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev. Medicinske sestre po svetu so že ugotovile, da je pri njihovih medsebojnih odnosih zelo prisotno horizontalno nasilje, to je medicinska sestra proti medicinski sestri, kjer se je nasilje udomačilo v pogovorih med njimi samimi kot nekaj naravnega (Robert, 1983, Street, 1992, Walker, 1993, Duffy, 1995, cit. po Farrell, 1997).

Farellova (1997) povzema ugotovitve Duffyja (1995), da horizontalno nasilje vključuje očitno ali prikrito netelesno sovražnost, kot je kritično ocenjevanje, sabotaze, spodkopavanje, izčrpavanje, prepiranje, iskanje grešnega kozla, prerekanje oziroma pričkanje. Isti avtor tudi ocenjuje, da je svet medicinskih sester poln agresije in destruktivnega obnašanja, ki se razširja z ene medicinske sestre na drugo. Medicinske sestre (Farrell, 1997) so vpete v patriarhalni zdravstveni sistem, ki ga vodijo zdravniki, in ponekod celo zatirane. Vodstva zdravstvenih ustanov pretežno sestavljajo moški. Vodje zdravstvene nege so medicinske sestre, uvrščene med zdravniki in večino medicinskih sester, zato se tiste na nižji hierarhični lestvici zatekajo k agresiji med njimi samimi (Klemenc, 1999).

Zanimivo je, da je potencialno nasilje postalo ena prvih diagnoz zdravstvene nege, ki jih je sprejela NANDA in je temeljila na raziskavah (Deklaracija ICN, 1995).

Predstavitev raziskave Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana

Glavni namen raziskave je bil ugotoviti prisotnost nasilja nad medicinskimi sestrami na njihovih delovnih mestih v Sloveniji, vrste nasilja, povzročitelje, pa tudi posamezne dejavnike, ki so povezani s pojavom nasilja. Na osnovi dobljenih podatkov bi veljalo pristopiti k sistemskemu reševanju obravnavanega pojava. Pod pojmom medicinske sestre so v raziskavi zajeti vsi zaposleni s področja zdravstvene nege s srednješolsko, višješolsko, visokošolsko in fakultetno izobrazbo.

Metoda

Uporabljena je bila deskriptivna metoda. Za zbiranje podatkov je služil anketni vprašalnik, izdelan na osnovi Bussovega vprašalnika (1961, Farrell, 1997) in njegove priredbe po Farrellovi (1997). Po proporcionalnem načelu je bilo razposlanih 750 vprašalnikov, glede na evidenco članstva v regijskih društvih na dan 4. 1. 1999.

Anketni vprašalnik je bil razdeljen na tri dele: v prvem delu je bilo obravnavano nasilje na splošno (Klemenc), v drugem spolno nasilje (Planinšek), zadnji del, kjer smo povpraševali po podatkih, komu zaupati neprijetni dogodek in kaj bi v tem primeru potrebovali, je bil skupen.

Vprašalnik je vseboval 21 vprašanj, 20 zaprtega tipa in eno odprto, kjer je bila dana anketirancem možnost lastnega komentarja, zgodbe ali mnenja.

Obdelava podatkov in značilnosti vzorca

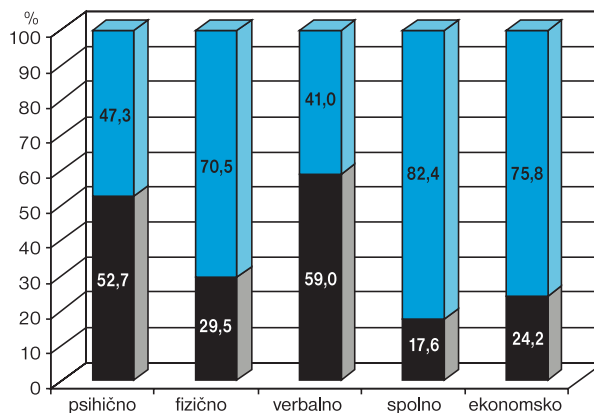
Zbrani anketni vprašalniki so bili obdelani s pomočjo deskriptivne statistične metode, uporabljen je bil statistični program SPSS.

Od 750 razposlanih anketnih vprašalnikov je bilo vrnjenih 376, kar pomeni 50,3-odstotno realizacijo vzorca. Odgovarjalo je 356 žensk (94,7 odstotka) in 15 moških (4 odstotke); 5 oseb (1,3 odstotka) spola ni navedlo. Povprečna starost anketirancev je bila 38,4 leta. Izobrazbena struktura anketiranih je bila sledeča: srednja izobrazba 181 oseb (48,1 odstotek), višja 152 oseb (40,4 odstotka), visoka strokovna 11 oseb (2,9 odstotka) in univerzitetna 27 oseb (7,2 odstotka). Delovno mesto v bolnišnici je imelo 214 anketirancev (57 odstotkov), v ambulantni dejavnosti 101 (26,9 odstotka) in drugje 79 (21 odstotkov), od tega v domu starejših občanov 40 oseb (10,6 odstotka), posebnem zavodu 14 (3,7 odstotka), na šoli 15 (4 odstotke) in drugje 10 (2,7 odstotka) oseb. Glede na področje dela je na internističnem področju zaposlenih 41 anketirancev (10,9 odstotka), na kirurškem 27 (7,2 odstotka), na psihiatriji 116 (30,9 odstotka), na ginekologiji 23 (6,1 odstotek), na urgenci 5 (1,3 odstotka) in drugje 161 (42,8 odstotka). Anketirani so imeli možnost vpisovanja še drugih področij dela, kar je navedlo 161

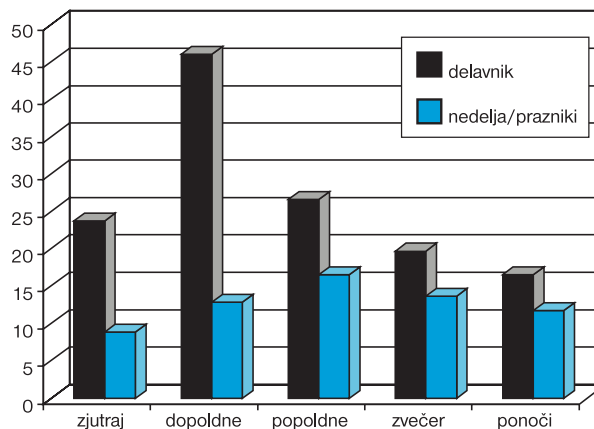
oseb (42,8 odstotka). Delovni čas vprašancev je: dopoldne 125 (33,2 odstotka), popoldne 3 (0,8 odstotka), dopoldne in popoldne 92 (24,5 odstotka), v turnusih 151 (40,2 odstotka), dežurajo pa 104 (27,7 odstotka) medicinske sestre.

Rezultati

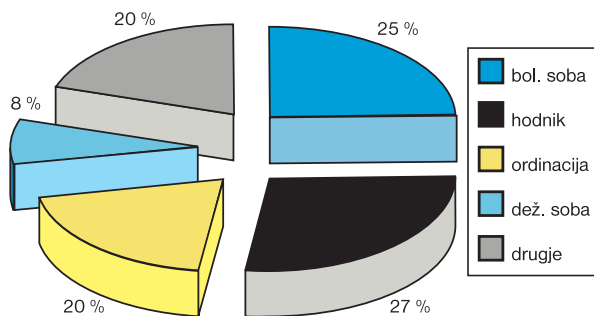
Anketiranci so odgovorili, da so bili *priča nasilju* na delovnem mestu (kadarkoli v življenju) v 272 primerih, to je v 72,3 odstotkih.



Graf 1. Vrste nasilja na delovnih mestih medicinskih sester.



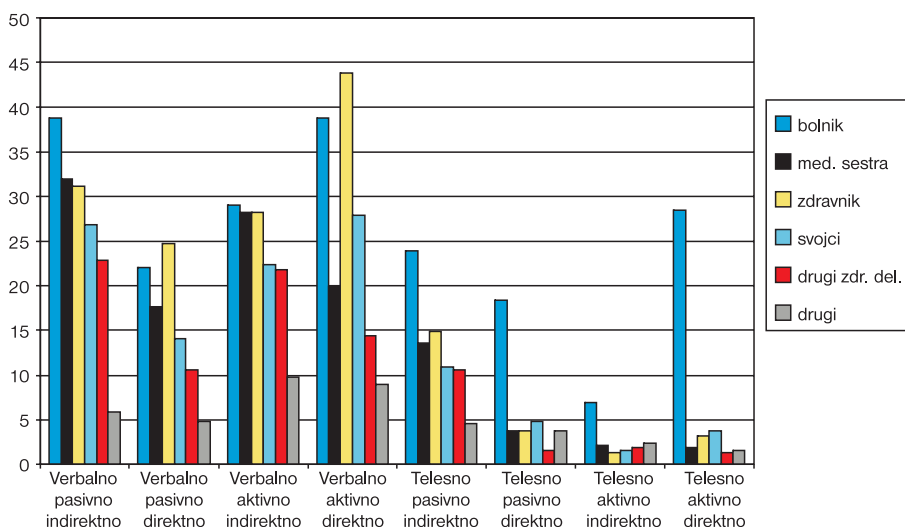
Graf 2. Čas dogajanja nasilja.



Graf 3. Kraj dogajanja nasilja.

Dobra četrtnina vsega nasilja (27 odstotkov) se dogaja na hodniku, druga četrtnina pa v bolniški sobi. V bolniški sobi sta prisotni dve skupini povzročiteljev: bolniki in zdravniki. Tudi v ordinaciji je situacija podobna. Nasilje je izvajala v 201 primeru (53,5 odstotka) oseba nasprotnega spola, istega pa v 172 primerih (45,7 odstotka). Podatek kaže na močno prisotno nasilje med pripadnicami istega spola. Ko smo vpraševali po povzročiteljih nasilja glede na odnos na delovnem mestu, je izstopalo nasilje oseb v nadrejenem položaju (52,1 odstotek).

Zanimala nas je tudi pogostost pojavljanja nasilja. V 42 odstotkih odgovorov se je nasilje nad medicinskimi sestrami ponavljalo (nad desetkrat), v 30 odstotkih se je zgodilo od tri do desetkrat, v 28 odstotkih pa do trikrat.



Graf 4. Tipi nasilja nad medicinskimi sestrami glede na povzročitelje.

Pri verbalnem pasivnem indirektnem nasilju je zanimiv visok odstotek bolnikov (38,8), ki »dopuščajo opravljanje medicinskih sester« s strani različnih povzročiteljev. Po drugi strani pa je pojav razumljiv, saj je medicinska sestra z bolnikom v nenehnih neposrednih stikih. Verbalno pasivno direktno nasilje (zavrniti razgovor, ne sodelovati v razgovoru) s 24,7 odstotka prisotno s strani zdravnikov in v 22,1 odstotku s strani bolnikov, pa tudi v 17,6 odstotka pojava s strani medicinskih sester kaže na slabo komuniciranje v zdravstvenih in negovalnih timih. Rezultati o verbalnem aktivnem indirektnem nasilju kažejo, da je »opravljanja medicinskih sester in razširjanja zlonamernih govoric« pri bolnikih, zdravnikih in medicinskih sestrah skoraj 30 odstotkov, v drugih dveh pa okrog 22 odstotkov. Rezultati potrjujejo ugotovitve MacKaya (1993) in Pahorjeve (1997), da sta poklicni skupini zdravnikov in medicinskih sester včasih bolj obremenjeni z medsebojnimi odnosi kot z bolniki. Najpogostejše je verbalno aktivno direktno nasilje, to je »besedno napasti, ponižati medicinsko sestro« Od po-

vzročiteljev najvišje mesto zavzemajo zdravniki, takoj za njimi pa medicinske sestre, kar nam ponovno dokazuje pomanjkljivo sporazumevanje v zdravstvenem in negovalnem timu. Telesno pasivno indirektno nasilje je po Bussu opisano kot »namerno se ne odzvati zahtevi po izvedbi potrebne zadane naloge«. V tej vrsti nasilja prednjačijo bolniki z 18,4 odstotka.

Pri telesnem aktivnem direktnem nasilju zopet z 28,5 odstotka prednjačijo bolniki. Podatek potrjuje ugotovitve koloradskega združenja medicinskih sester (Carroll, Goldsmith, 1999), kjer približno tretjina navaja, da so bile leta 1996 žrtve nasilja na delovnih mestih. Tudi svojci s 15 primeri napadov (skoraj 4 odstotki) in zdravniki z 12 primeri (3 odstotki) potrjujejo teorije o prisotnosti nasilja med Slovenci (Musek, 1994; Klemenc, 1999).

Nasilje so najbolj zaznavale medicinske sestre s srednjo izobrazbo (v 51 primerih, to je 13,6 odstotka), takoj za njimi tiste z višjo izobrazbo (v 45 primerih, to je 12 odstotkov), obe v starostni skupini od 36 do 45 let. Sledi jima skupina od 26 do 35 let (9,3 odstotka s srednjo in 7,7 odstotka z višjo izobrazbo). Podatka o povprečni starosti anketiranih (38,4 leta) v zvezi s pojavnostjo nasilnega dogodka ne moremo upoštevati, ker nismo vpraševali po podatku, kdaj se jim je nasilje dogajalo. Lahko so ga zaznali v kateremkoli

obdobju svoje poklicne kariere. Glede na visok odstotek odgovorov, da so medicinske sestre neprijetni dogodek zaupale stanovski kolegici (27 odstotkov), pa tudi drugemu zaposlenemu (15 odstotkov), bi se morala s tem bolj ukvarjati vodstva zdravstvenih ustanov. Zaskrbljujoč je podatek, da v skoraj 15 odstotkih tega dogodka niso zaupali nikomur. Visok odstotek odgovorov o potrebnih nasvetih ob pojavih nasilja na delovnih mestih zaposleni v zdravstveni negi (40,2 odstotka), kliče po resnem pristopu k obravnavani problematiki.

Razprava

Nasilje na delovnih mestih slovenskih medicinskih sester in drugih zdravstvenih delavcev se dogaja. To nam dokazujejo poleg rezultatov v številkah tudi osebne izpovedi v odprtem vprašanju oziroma povabilu, naj anketiranci opišejo svoje izkušnje.

Nasilje v zdravstveni negi je povezano z okoljem, v katerem se ta dejavnost odvija. Raziskave drugih

strok so potrdile, da prijaznost pri Slovencih ni zelo razširjena. Slovenci smo glede psihotičizma (agresivnosti, prepirljivosti, grobosti, netolerantnosti) uvrščeni pred druge evropske narode, prav tako smo bolj introvertni od njih. Musek (1994) navaja, da smo Slovenci v mednarodnem nadpovprečju, kar zadeva agresivnost, dominantnost in brezobzirnost. Še vedno so v laični javnosti, pa celo med nekaterimi poklicnimi skupinami v zdravstvu (na primer zdravniški), prisotni stereotipi o medicinski sestri, ki v kombinaciji s patriarhalnim gledanjem na ta poklic, pa tudi z visoko zakoreninjenim hierarhičnim sistemom organizacije dela v zdravstvenem, včasih celo negovalnem timu, ne podpirajo prizadevanj pripadnic/kov te stroke, da bi zdravstvena nega pridobila v družbi mesto, ki ji pripada. Po Turnerju (1992, Pahor, 1997) je zdravstvena nega tipičen primer patriarhalne podreditve žensk in ima kot taka v obstoječih okoliščinah malo možnosti za uveljavitev, zato pa tem večjo izpostavljenost nasilju. Prav tako nimamo razjasnjenih pojmov o posameznih vrstah nasilja; priznavamo praviloma le grobo telesno nasilje, deloma spolno, manj pa psihično in verbalno, še najmanj zaznavamo ekonomsko nasilje (povzeto po Klemenc, 1999).

Prav tako nimamo razjasnjenih pojmov, ki opredeljujejo posamezne vrste nasilja, zato je bilo pri izpolnjevanju anketnih vprašalnikov opaziti veliko popravkov, potem ko smo pričeli naštevati posamezne tipe nasilja.

Nasilju na delovnem mestu je bilo v Sloveniji priča 72,3 odstotka medicinskih sester. Vzporedni podatek v svetu navaja Journal of Healthcare Protection Management (Deklaracija ICN, 1996), da so bile leta 1989 le te najbolj ogrožena skupina s 87 odstotki prijavljenih napadov v bolnišnicah. Po pogostnosti so si vrste nasilja v naši raziskavi sledile: verbalno 59 odstotkov, psihično 53 odstotkov, telesno 29 odstotkov, ekonomsko 24 odstotkov in spolno 18 odstotkov. Raziskava pri avstralskem združenju je pokazala izrazito močno horizontalno nasilje, celo bolj kot s strani drugih povzročiteljev (Farrell, 1997). Pri naši raziskavi opazimo več nasilja, zlasti verbalnega in psihičnega s strani zdravnikov, sledijo bolniki in nato lastne kolegice in kolegi. Za primerjavo je študija v ZDA pokazala, da so v 82 odstotkih medicinske sestre besedno žalili zdravniki (ICN, 1995), pri nas se je to zgodilo v 28 odstotkih, telesno so jih napadli v 10 odstotkih (pri nas v 5 odstotkih). Študija avstralskih kolegic in kolegov je pokazala visoko stopnjo horizontalnega nasilja, skoraj dvakrat toliko kot s strani bolnikov. Pri nas je horizontalnega nasilja po naši raziskavi manj, čeprav bi ob natančnih definicijah o vrstah nasilja mogoče prišli do drugačnih rezultatov.

Iz dobljenih podatkov je razvidna skoraj 30 odstotna pojavnost *telesnega* nasilja. Podatek se ujema s podatki iz študije v Coloradu, kjer dobra tretjina medicinskih sester trdi, da so bile leta 1996 žrtve telesnega

nasilja na svojih delovnih mestih (Carroll, Goldsmith, 1999).

Glede na kraj dogajanja nasilja, kjer sta najpogostejši mesti *hodnik in bolniška soba*, je razumeti, da sta ta dva prostora v naših zdravstvenih ustanovah postala mesto za besedno in celo telesno obračunavanje. 20 odstotkov nasilja se dogaja v *ordinaciji*. Če upoštevamo, da so pacienti v naših ustanovah zaradi prevelikega števila, slabe organizacije dela in neprimernih prostorov nezadovoljni, so pogoji za nastanek nasilja dobri (na primer specialistične ambulante). Z dogajanjem nasilja »drugje« so s strani anketiranih opisani skupni prostori, rekreacije, čajne kuhinje, torej mesta, kjer bi se morali zaposleni praviloma odpočiti, umiriti in sprostiti.

V zadnjem odprtem vprašanju je več anketirancev opisovalo svoje izkušnje sovražnega, nekorektnega odnosa, celo agresivnega obnašanja s strani *nadrejenih* ženskih kolegic. O tem pojavu je razglabljala tudi sociologinja Maca Jogan, da določene skupine žensk diskriminirajo druge ženske (1990, cit. po Zaviršek, 1994).

V naši anketi je 53,5 odstotka vprašanih navajalo, da je bila oseba, ki je izvajala nasilje *nasprotnega spola*, glede na pretežno žensko populacijo medicinskih sester torej verjetno moški bolniki in zdravniki, 45,7 odstotka pa istega spola, torej kolegice, zdravnice ali bolnice. Od tega je bilo 52,1 odstotek »nasilnežev« na nadrejenem položaju, 17 odstotkov pa na enakem. Številke, pridobljene v naši anketi, se delno razlikujejo od tistih, ki so jih dobili v Avstraliji (Farrell, 1997); tam namreč opažajo najvišjo stopnjo verbalnega in psihičnega nasilja med medicinskimi sestrami samimi.

Tipična medicinska sestra v Sloveniji, ki doživlja največ nasilja na delovnem mestu, je srednja medicinska sestra/zdravstveni tehnik. Kraj zaposlitve ni pomemben. Doživlja največ verbalnega in psihičnega nasilja, najpogosteje ob delavnikih v dopoldanskem času. Nasilje izvajajo nadrejeni, pa tudi lastne kolegice in kolegi. Največ nasilja, predvsem verbalnega in psihičnega, izvajajo zdravniki, sledijo bolniki in nato lastne kolegice in kolegi. Pri telesnem nasilju prednjačijo bolniki. Nasilna dejanja se ponavljajo, saj se je v 42 odstotkih nasilje zgodilo več kot desetkrat, kar pomeni, da nismo dovolj naredili, da bi dejanje preprečili ali ustavili. Neprijetni dogodek zaupa medicinska sestra kolegici, drugemu zaposlenemu, nikomur ali domačim. V 40 odstotkih bi ob neprijetnem dogodku potrebovala nasvet.

Praktične implikacije raziskave

Ko s časovno oddaljenostjo štirih let ocenjujemo raziskovalni in akcijski projekt DMSZT Ljubljana, ugotavljamo da so se zaznavanje, obravnavanje in pristop k reševanju nasilja na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji razvili prek vseh pričakovanj.

»Dogodki in odmevi« na temo (ne)nasilja v zdravstveni negi so si sledili v sledečem časovnem zaporedju:

1. Oktobra 1999 sva avtorici projekta na lokalni televizijski postaji ATV v Litiji (Planinšek, Klemenc) v enourni oddaji predstavili preliminarne rezultate naše raziskave. Oddaja je bila nekajkrat ponavljana in predvajana tudi na drugih lokalnih TV postajah.
2. 4. decembra 1999 smo na strokovnem srečanju DMSZT Ljubljana z mednarodno udeležbo z naslovom: Spregovorimo o nasilju in spolnem nasilju/nadlegovanju na naših delovnih mestih javno predstavili rezultate raziskave. Vključili smo tudi medije, ki so se o dogodku široko razpisali. Ob tej priložnosti smo izdali zbornik predavanj z naslovom: Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji in ga med drugim razposlali vsem direktorjem in glavnim medicinskim sestram večjih zdravstvenih zavodov v Sloveniji ter v večino strokovnih knjižnic.

Na koncu srečanja smo sprejeli naslednje zaključke:

Medicinske sestre in zdravstveni tehniki, zbrani na strokovnem srečanju DMSZT Ljubljana, dne 4. decembra 1999, posvečenemu temi nasilja in spolnega nadlegovanja na delovnih mestih, smo ob spoznanju, da je nasilje vse bolj prisotno, sprejeli naslednje sklepe:

O teh pojavih je potrebno glasno spregovoriti in opozarjati na njihovo prisotnost ter uveljaviti vse ukrepe, ki lahko preprečujejo, da do takšnih pojavov ne pride ter ukrepe za ukrepanje v teh primerih. Za preprečevanje teh pojavov oziroma pravilno odzivanje nanje ter v skladu s Pravili ravnanja Evropske komisije za ukrepanje proti spolnemu nadlegovanju, ki so nastala v skladu z Resolucijo Ministrskega sveta o varovanju dostojanstva žensk in moških na delovnem mestu (OJ C 157, 27. 6. 1990, str. 3), predlagamo:

- Sindikatu delavcev v zdravstveni negi Slovenije, da ustanovi institut ombudsmana, ki bo zagotavljal dokumentiranje, pravno zaščito in javni vpliv;
- Vodstva zdravstvenih zavodov naj sprejmejo pravila obnašanja zaposlenih ter postopke ravnanja v takih primerih in zaščitijo prijavitelja;
- Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Zbornica – Zveza) naj izvaja akcije preventivnega delovanja ter usposabljanja;
- Regionalna društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov naj v svoje aktivnosti vključijo usposabljanje članic in članov za ravnanje v primerih, ko so žrtve nasilja ali spolnega nadlegovanja;

– V izobraževalne programe vseh zdravstvenih šol, od srednjih do fakultet je potrebno vključiti vsebine s preventivno tematiko proti nasilju in spolnem nadlegovanju.

Prepričani smo, da bodo vsi pozvani z upoštevanjem teh priporočil in ukrepov za njihovo uredništev pomembno prispevali k zagotavljanju medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom prijaznega delovnega okolja (Požun, 2000).

3. V tem času (od 1999 dalje) smo pričeli sodelovati z vladnimi in nevladnimi organizacijami, ki se ukvarjajo s sorodno problematiko: SOS telefonom, Uradom za žensko politiko, Uradom za enake možnosti, Društvom za nenasilno komunikacijo in drugimi.
4. Januarja 2000 smo novinarki The New York Timesa Ladki Bauerovi iz Prage na njeno prošnjo posredovali nekaj podatkov iz naše raziskave, ki jih je uporabila v svojem članku o nasilju nad ženskami v postsocialističnih državah (Harassment of women is common).
5. Aprila 2000 smo ICN-u – Mednarodnemu svetu medicinskih sester na njihovo željo posredovali izsledke naše raziskave o verbalnem nasilju z naslovom: Nasilje in verbalno nasilje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji (Veronika Pretnar Kunstek).
6. Aprila 2000 smo medicinske sestre v Kliničnem centru Ljubljana v Pravilnik o delovanju službe zdravstvene nege vključile besedilo o nenasilnem obnašanju kot edino sprejemljivem vzorcu vedenja na delovnih mestih (49. člen: Odgovornost za urejene medosebne odnose).
7. 15. aprila 2000 je Zbornica – Zveza na pobudo DMSZT Ljubljana na redni skupščini sprejela sklep o podpori prizadevanjem našega društva za boj proti nasilju na delovnih mestih in imenovala multisektorsko Delovno skupino za nenasilje v zdravstveni negi, ki bo vodila in usmerjala aktivnosti na tem področju. Skupina je imela ustanovni sestanek 20. decembra 2000 na sedežu Zbornice – Zveze. Za vodjo je bila imenovana Irena Planinšek.
8. Sindikatu delavcev v zdravstveni negi Slovenije je bila s strani DMSZT Ljubljana poslana pobuda za ustanovitev instituta ombudsmana za področje zdravstvene nege, kar je bilo tudi realizirano. Sodelovanje s sindikatom je ves čas prisotno, posebej aktivna je generalna sekretarka Flory Banovac.
9. V aprilu 2000 smo na Strokovnem svetu zdravstvene nege Kliničnega centra Ljubljana predstavili rezultate raziskave in pred odhodom v Reykjavik predstavili dva posterja na to temo (Irena Planinšek, Darinka Klemenc).
10. Maja 2000 smo se udeležili 10. evropske konference medicinskih sester raziskovalk WENR v Reykjaviku s predstavitvijo obeh posterjev (Irena Planinšek, Darinka Klemenc, doc. Majda Pahor).

11. Na Visoki šoli za zdravstvo v Ljubljani sta bili v juniju 2000 uspešno zagovarjani diplomski nalogi z naslovoma: Nasilje nad medicinskimi sestrami na delovnih mestih v Sloveniji (Darinka Klemenc) in Spolno nasilje/nadlegovanje nad medicinskimi sestrami na njihovih delovnih mestih v Sloveniji (Irena Planinšek).
12. 1. decembra 2000 je v organizaciji DMSZT Gorenjske in Krožka za promocijo zdravja Srednje zdravstvene šole Jesenice potekalo strokovno srečanje z naslovom: Nasilje in spolno nadlegovanje. Med drugim je bila predstavljena raziskava Nasilje v času izobraževanja dijakov zdravstvene usmeritve (Monika Ažman, Irena Planinšek, Darinka Klemenc).
13. 19. decembra 2000 je bil zbornik s strokovnega srečanja DMSZT Ljubljana predstavljen v sklopu knjižnih novosti članicam oddelka za zdravstveno nego na Visoki šoli za zdravstvo Univerze v Ljubljani (doc. Majda Pahor, Darinka Klemenc).
14. 12. maj 2001 – mednarodni dan medicinskih sester je potekal pod motom: »Medicinske sestre so vedno tu za vas: Združeni proti nasilju«. Spremljajoči 8. simpozij zdravstvene nege v Ljubljani je bil namenjen akcijam proti nasilju. Skupna organizacija v sodelovanju DMSZT Ljubljana in Delovne skupine za nenasilje v zdravstveni negi je bila uspešna. Ob tej priložnosti je izšla posebna priloga Utripa na to temo. 8. maja smo organizirali tudi novinarsko konferenco ter izdali prvo zloženko o nenasilju v zdravstveni negi, ki jo je prejel sleherni član regijskega društva in/ali stanovskega sindikata.
15. Pomena ozaveščanja članstva o preprečevanja nasilja na delovnih mestih v zdravstveni negi so se zavedali tudi v regijskih društvih Maribor (mag. Milica Lahe), Ptuj – Ormož (Verica Turk) in Novo mesto (Zdenka Seničar) in skupaj z vabljenimi predavateljicami pripravili strokovna srečanja.
16. V Obzorniku zdravstvene nege štev. 5 letnik 2001 je izšel uvodnik z naslovom: Za življenje in delo v (ne)nasilni družbi (Darinka Klemenc).
17. od 10. do 15. junija 2001 smo se aktivno udeležili 22. konference ICN v Copenhagenu, prav tako z dvema posterjem o (ne)nasilju v zdravstveni negi (Irena Planinšek, Darinka Klemenc).
18. 18. septembra 2001 je bil v organizaciji Zavoda za razvoj paliativne oskrbe Ljubljana organiziran javni forum o komunikaciji z bolnikom, kamor smo bili kot aktivni udeleženci povabljeni v zvezi s tematiko o (ne)nasilju v zdravstveni negi (Darinka Klemenc).
19. Septembra 2001 smo na 3. kongresu zdravstvene nege v Portorožu predstavili tri posterje: Nasilje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji (Darinka Klemenc, doc. Majda Pahor), Spolno nasilje/nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji (Irena Planinšek, doc. Majda Pahor) in Nenasilje v zdravstveni negi (Irena Planinšek in članice Delovne skupine za nenasilje v zdravstveni negi).
20. V biltenu Utrip je izšel vsako leto vsaj en sestavek na to tematiko, posebej smo bili aktivni ob mednarodnih dnevih akcij proti nasilju nad ženskami, ki potekajo med 25. nov. in 10. decembrom.
21. 19. septembra 2002 je bila organizirana prva delavnica v organizaciji Delovne skupine za nenasilje v zdravstveni negi; izobraževanje je postalo stalnica skupine.
22. 19. oktobra 2002 je bila pod naslovom: Management of Aggression in Endoscopy na 6. srečanju ESGENA (Evropsko združenje medicinskih sester v gastroenterologiji in endoskopiji) predstavljena med drugim tudi nova raziskava o pojavnosti nasilja na delovnih mestih medicinskih sester v endoskopskih enotah slovenskih bolnišnic (Darinka Klemenc, Irena Planinšek, Stanka Popovič, Jana Šmittek).
23. Novembra 2002 je bila ob pričetku mednarodnih akcij proti nasilju nad ženskami (in otroci) v osrednji avli Kliničnega centra Ljubljana manifestacija, kjer se je predstavila Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi. Za osem mesecev je bil v avlo nameščen tudi velik poster s predstavitvijo aktivnosti delovne skupine; poster bo predvidoma predstavljen v vseh slovenskih bolnišnicah. Zadeva je bila medijsko podprta.
24. 3. marca 2003 je bilo predavanje za zaposlene v zdravstveni negi na Očesni kliniki Kliničnega centra v Ljubljani.
25. Sodelovali smo tudi na srečanjih nekaterih strokovnih sekcij medicinskih sester (4. april 2003) Sekcija medicinskih sester v endoskopiji – Irena Planinšek, Stanka Popovič).
26. 23. maja 2003 je bila organizirana delavnica za vse zaposlene ne Ginekološki kliniki Kliničnega centra v Ljubljani Delavnica bi ponovno potekala 22. septembra 2003.
27. Maja 2003 smo anketni vprašalnik prevedli v srbski jezik in ga odstopili kolegicam in kolegom Saveza zdravstvenih radnika Republike Srbije.
28. Junija 2003 je bila na konferenci ICN v Ženevi pripravljena 90-minutna delavnica z naslovom: Aktivnosti za bolj prijazno zdravstveno nego v Sloveniji (Monika Ažman, Darinka Klemenc, Irena Planinšek). Ob tej priložnosti je bila zloženska (Ne)nasilje v zdravstveni negi prevedena tudi v angleški jezik. Posnet je bil tudi 10 minutni film z naslovom »Utripi sočasnosti«, ki je služil kot gradivo pri izvajanju delavnice.
29. V septembru 2003 je bilo predavanje v Beogradu v organizaciji Saveza zdravstvenih radnika Srbije in Društva medicinskih sestara Beograd in v sodelovanju z DMSZT Ljubljana predavanje na temo (ne)nasilja v zdravstveni negi za približno 250 medicinskih sester iz vse Srbije (Darinka Klemenc).

30. Oktobra 2003 je Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi 4. kongresu zdravstvene nege v Portorožu pripravila stojnico in različne aktivnosti, med drugim tudi svetovanje ombudsmana, z naslovom: Akcije delovne skupine nenasilje v zdravstveni negi v luči globalizacije.
31. 19. novembra nas je Urad varuha človekovih pravic povabil k sodelovanju na strokovni posvet v dvorano Državnega zbora z naslovom: »Nasilje v družini – poti do rešitve«, kjer smo strokovnjaki z različnih področij (okrog 130 udeležencev) predstavili svoje praktične izkušnje in predloge, ki bodo pripomogli k oblikovanju zakonodaje za to področje.
32. December 2003 je minil v skupnih pripravah in akcijah na mednarodne dneve boja proti nasilju nad ženskami in otroci; skupaj z Društvom SOS telefon smo pripravili akcije v petih slovenskih bolnišnicah, kjer smo uvedli 24 urno dežurstvo na urgentnih oddelkih z naslovom: »Nujna zdravstvena in psihosocialna pomoč ženskam – žrtvam nasilja. Z roko v roki«.

Sklep

Nasilje v zdravstveni negi, pa tudi v zdravstvu nasploh, v Sloveniji se dogaja tako kot drugod po svetu, vendar do predstavitve raziskave DMSZT Ljubljana ta pojav ni bil javno obravnavan. Zato je bil odmev na dogajanje velik tako v lastnih vrstah kot v zdravniških krogih ter v medijih.

V naši raziskavi smo obravnavali medicinsko sestro kot osebo, nad katero drugi izvajajo nasilje. Potrebno bi bilo ugotoviti tudi značilnosti medicinskih sester kot povzročiteljic nasilja nad bolniki, pa tudi nad zdravniki in drugimi sodelavci v zdravstvenem timu. Še neobdelani so odgovori na zadnje odprto vprašanje o osebnih doživetjih. Smiselno bi bilo tudi razmejiti časovno dogajanje nasilja in poglobljeno raziskati posamezne vrste nasilja.

Če nasilja ne zaznavamo, če se nanj ne odzivamo in ničesar ne ukrenemo, da bi ga preprečili ali zmanjšali, se le-to pojavlja vedno pogosteje in v vedno hujših oblikah. Zato bo potrebno nasilje zaznavati, ga opredeliti in storiti vse, da ga preprečujemo, omilimo, in omogočiti ustrezno pomoč tistim, ki se z njim srečajo.

Izsledke raziskave je mogoče vključiti v različne oblike delovanja za življenje v manj nasilni družbi, tako da bomo nasilje bolje prepoznavali, se ga zavedali, ga preprečevali in pomagali tistim, ki so ga že doživeli ali ga doživljajo. S pomočjo akcijskega raziskovalnega projekta so bile odprte poti za nadaljnje delovanje. Največjo vlogo ima sedaj Delovna skupina za nenasilje v zdravstveni negi. Pri Sindikatu delavcev v zdravstveni negi deluje varuh človekovih pravic za področje zdravstvene nege, s katerim se redko lahko pohvali kakšno združenje s področja zdravstvene

nege v svetu. Številne akcije in dogodki, ki so sledili in se še dogajajo, so plod dela posameznih navdušencev, ki verjamejo, da je/bo svet boljši in lepši, če ga gledamo/bomo gledali skozi prizmo dobronamernih misli in dejanj. V vsakem primeru bodo generacije, ki prihajajo na »zmehčan« teren sicer rigidnih in hierarhično vpetih medosebnih odnosov v zdravstvu lahko bolje ocenjevale projekte, ki jih danes z željo po prijaznejšem delovnem okolju izvaja generacija, ki med drugim doživlja številne in hitre spremembe tako na delovnih mestih kot v vsakdanjem življenju. Preršli smo tudi ukvarjanje samo s svojo poklicno skupino in nenasilno delovanje počasi razširjamo na področja pomoči pacientom – žrtvam nasilja, kar se v akcijah »Kaj ti je, deklica?« že dogaja in pomeni preskok iz ozkih okvirov v širši družbeni prostor.

Zahvala

Pri raziskovalnem projektu mi je bilo v veliko zadovoljstvo sodelovati s kolegico Ireno Planinšek, s katero sva se skupaj prebijali skozi čeri (ne)nasilja. Zahvala gre DMSZT Ljubljana, ki je podprlo izvedbo projekta, posebej nekaterim članom Izvršnega odbora društva: Petru Požunu, Ljubici Šavnik, Ireni Keršič Ramšak in Irmi Kiprijanovič, tajnici društva. Hvala tudi predsednicam regijskih društev za pomoč pri razpošiljanju vprašalnika, številnim posameznikom/cam, ki so izpolnili anketni vprašalnik in tistim, ki so mi stali ob strani, ko se je dogajalo »nasilje po nasilju«. Nenazadnje gre zahvala moji družini, ki je prenašala nasilje z moje strani in me povrh pri tem še podpirala.

Literatura

1. Akcija za enakost, razvoj in mir. Ljubljana: Urad za žensko politiko, 1996.
2. Brennan JW. Coping with aggression and violence at work. The safety and health practitioner, August 1996: 46–8.
3. Carrol V, Goldsmith J. Abused at the Workplace. Reflections 1999; third quarter: 24–7.
4. Deklaracija ICN. Zloraba in nasilje nad negovalnim osebjem. ICN. Obzor Zdr N 1995; 29: 63–4.
5. Evropski dialog. Žrtve nasilja. Ljubljana: Evropska komisija, 1999/4.
6. Farrell AG. Agression in Clinical Settings: Nurses' Views. Journal of Advanced Nursing, 1997, 25: 501–8.
7. Grad A. Angleško–slovenski slovar. Maribor: Založba obzorja, 1999.
8. Kanduč Z, Korošec D, Bošnjak M. Spolnost, nasilje in pravo. Ljubljana: Inštitut za kriminologijo pri Pravni fakulteti: Urad za žensko politiko, 1998.
9. Klemenc D. Spregovorimo o nasilju in spolnem nasilju/nadlegovanju medicinskih sester na delovnih mestih. Utrip 2000; januar: 19–23.
10. Klemenc D, Pahor M. Nasilje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji v: Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. Zbornik člankov s strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo. DMSZT Ljubljana, 1999.
11. Konvencija o odpravi vseh oblik diskriminacije žensk. Ljubljana. Urad za žensko politiko, 1997.

12. Lamovec T, Rojnik A. Agresivnost. Maribor: DDU Univerzum, 1978.
13. <http://www.leymann.com>. Information about Psychoterror in the Workplace. Frequently Asked. LEYMANN. SE, file 00005e: 10. 4. 2000.
14. Lobnikar B, Pagon M. Spolno nadlegovanje v slovenski policiji. V: Zbornik strokovno-znanstvenih razprav. Ljubljana: Visoka šola za notranje zadeve, 1995: 217–38.
15. Musek J. Psihološki portret Slovencev. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, 1994.
16. Nastran Ule M. Temelji socialne psihologije. Ljubljana: Znanstveno in publicistično središče, 1994.
17. Pačnik T. Socialni vidiki agresivnosti. Obzor Zdr N 1989; 23: 73–9.
18. Pahor M. Raziskovanje na področju zdravstvene nege in zdravstvene vzgoje in uporabnost kvalitativnih metod. Obzor Zdr N 1995; 29: 107–11.
19. Pahor M. Spremembe stališč in vrednot pri študentih zdravstvene vzgoje na Univerzi v Ljubljani. Doktorska disertacija. Ljubljana: Univerza v Ljubljani Pedagoška fakulteta, 1997.
20. Planinšek I, Pahor M. Spolno nasilje/nadlegovanje med medicinskimi sestrami na njihovih delovnih mestih v Sloveniji. V: Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. Zbornik člankov s strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo. DMSZT Ljubljana., 1999.
21. Pečjak V. Nekoč hlapčevski, danes le pragmatični. Delo: Izziv 2000 jan 8–9.
22. Poti iz nasilja. Ljubljana: Pravno informacijski center nevladnih organizacij, 1999.
23. Požun P. Sklepi strokovnega srečanja Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana. V: Nasilje in spolno nadlegovanje na delovnih mestih medicinskih sester v Sloveniji. Zbornik člankov s strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo. DMSZT Ljubljana, 1999.
24. Pravilnik o organizaciji Službe zdravstvene nege v Kliničnem centru Ljubljana. Klinični center Ljubljana, 2000.
25. Stanje članov po društvih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov na dan 4. 1. 1999. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije in Zveza medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, 1999.
26. Zaviršek D. Ženske in duševno zdravje. Ljubljana: Visoka šola za socialno delo, 1994.
27. Zdravje žensk: medicinske sestre si utirajo pot. Obzor Zdr N 1995; 29: 95–111.