

Trpinčenje na delovnem mestu - razširjenost in posledice pri specializantih medicine v Sloveniji v letu 2009

Polona Selič*

Ana Jakopin*

Trpinčenja na delovnem mestu (s kratico TDM, s tujko *mobbing*) je pogost pojav pri zaposlenih v javnem sektorju, predvsem v izobraževalnem in zdravstvenem. Posebej pogost je tam, kjer delovne naloge in pričakovanja niso jasno opredeljene, ali se nenehno spreminjajo. Trpinčenje škodljivo vpliva na zdravje prizadetih, povzroča stroške in zmanjšuje delovno učinkovitost. Za TDM obstaja več definicij. V naši raziskavi smo upoštevali, da mora vsaj ena od 45 pojavnih oblik po Leymannu (1990) trajati vsaj 6 mesecev v pogostnosti enkrat na teden.

Z raziskavo smo želeli ugotoviti, v kolikšni meri je TDM razširjeno med slovenskimi specializanti medicine. Zanimala nas je tudi povezava med trpinčenjem in nekaterimi simptomi ter izobrazbeni status povzročiteljev. Vsem zdravnikom, ki so v času zajemanja podatkov opravljali specializacijo medicine (1164 oseb), smo aprila 2009 poslali preveden in prirejen vprašalnik LIPT (*Leymann Inventory of Psychological Terrorization*) skupaj z vprašanji o izbranih simptomih in ostalih podatkih - spolu, starosti, delovni dobi, bolniškem staležu in izobrazbenem statusu povzročiteljev trpinčenja. Preiskovancem je bila zagotovljena popolna anonimnost. Vprašalnik je vrnilo 318 oseb, 6 vprašalnikov ni bilo veljavnih. V analizo smo vključili še 312 vprašalnikov (26.8 odstotka populacije specializantov medicine v študijskem letu 2008/9), 77.2 odstotka preiskovancev je bilo ženskega spola.

Med specializacijo je TDM doživljalo 70.8 odstotka specializantov, ki so vrnili vprašalnike. V času izpolnjevanja vprašalnika jih je bilo TDM še vedno izpostavljenih 125 ali 40.0 odstotkov preiskovancev. Trpinčenje se je pokazalo tako, da so jim največkrat zamolčali pomembne informacije. Ostale najpogostejše oblike TDM so bile: verbalni napadi v zvezi z delovnimi zadolžitvami, zahteve po opravljanju dela, ki je bilo pod nivojem njihove usposobljenosti, širjenje govoric in zahteve po opravljanju dela, za katero so bistveno premalo usposobljeni. Specializanti, ki so bili v času izpolnjevanja vprašalnika še vedno izpostavljeni TDM, so statistično pogosteje navajali bolezenske simptome. Povzročitelji TDM so imeli najpogosteje višji izobrazbeni status od preiskovancev.

Ključne besede: trpinčenje na delovnem mestu, žrtev, storilec, zdravje, posledice, družinska medicina, specializant medicine

UDK: 331.443 + 616-051 (497.4) "2009"

1 Izhodišča

Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu (2006) definira trpinčenje na delovnem mestu kot ponavljajoče se neprimerno ravnanje z zaposlenim ali skupino zaposlenih, ki ogroža zdravje in varnost. V zadnjih desetletjih smo pričča spremembam stališč družbe do uporabe oziroma zlorabe

moči. Zmanjšala se je toleranca za več oblik nasilja – med drugim tudi za telesno, spolno, duševno, socialno in versko nasilje (Rus Makovec, 2003:108–17). Posledica je več mednarodnih deklaracij v zvezi s pravicami tistih posameznikov, ki jih zaradi različnih dejavnikov sami težje uveljavijo. Praviloma gre za osebe v razmerju z osebo ali skupino, ki ima več (fizične, ekonomske, socialne) moči ali vpliva. Zaradi neenakega položaja so ti ljudje ranljivi za zlorabo.

Trpinčenje na delovnem mestu je prvi natančneje opredelil Heinz Leymann kot sovražno in neetično komuniciranje, ki je usmerjeno večinoma samo na eno osebo, ta pa je zaradi tega porinjena v položaj nemoči. Iz tega položaja se zaradi nenehne izpostavljenosti dejanjem TDM ne more izvleči, saj se

* Doc. dr. Polona Selič, univ. dipl. psih.

Ana Jakopin, dr. med.

Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Poljanski nasip 58, Ljubljana

dejanja pojavljajo pogosto in trajajo dolgo. Ker je sovražno obnašanje tako pogosto in dolgotrajno, privede do bistvene duševne, psihosomatske in socialne prizadetosti (Leymann, 1990). Einarsen s soavtorji (Einarsen, Hoel, Zapf in Cooper, 2003) opredeljuje TDM kot nadlegovanje, žaljenje, izločanje nekoga iz družbe ali negativno vplivanje na delovne naloge, kar se spet mora dogajati pogosto (na primer tedensko) in trajati dlje časa (na primer šest mesecev), da govorimo o TDM. Prijemališča TDM so po Leymannu (Leymann, 1996) napad na možnost sporazumevanja prizadetega, napad na možnost ohranjanja družabnih stikov, napad na osebni ugled, onemogočanje kvalitetnega dela ter ogrožanje telesnega zdravja. V skladu s tem je sestavljen vprašalnik LIPT – *Leymann Inventory of Psychological Terrorisation* in tudi zelo podoben vprašalnik NAQ – *Negative Acts Questionnaire*. Da bi lahko nekoga označili kot žrtev TDM, snovalci teh dveh vprašalnikov zahtevajo pozitiven odgovor na vsaj eno vprašanje, hkrati pa mora trpinčenje trajati vsaj šest mesecev in vsaj enkrat tedensko (Einarsen, Hoel, Zapf in Cooper, 2003).

Rezultati študij v različnih državah Evrope, narejeni s tema dvema vprašalnikoma, kažejo na pogostost TDM med 3 in 7 odstotkov. Raziskave, ki so bile narejene z drugačno metodologijo, kažejo bistveno višje številke – od 10 do 25 odstotkov (na primer če je ugotavljanje TDM temeljilo na vprašanju: »Ali ste bili izpostavljeni TDM v zadnjih šestih mesecih?« ali če so bili uporabljeni drugačni vprašalniki) (Agervold, 2007).

Kljub različnim opredelitvam je mogoče pri TDM postaviti skupni vidik – gre za čustveno in fizično nasilje na delovnem mestu, pogosto z zlorabo moči. Razlikujemo med dvema vrstama TDM – pri prvi gre za posledico stopnjujočega se konflikta, pri drugi pa žrtev ni vpletena v konflikt, temveč se slučajno znajde v položaju, v katerem storilec izživlja svojo agresijo (iskanje »grešnega kozla«). Tkalec (2001) izpostavlja, da je za TDM značilno, da se dejanja pojavljajo v natančno določenem socialnem okviru, v delovnem okolju, ki si ga oseba ni sama izbrala, ker pa jo zavezuje obveznost, se ne more kar umakniti. Koić in Apostolovska (2006) opisujeta, da TDM lahko poteka na različnih hierarhičnih ravneh. Gre za horizontalno TDM (45 odstotkov), med zaposlenimi na isti ravni v hierarhiji, torej znotraj iste intenzitete moči in vloge, in vertikalno TDM (55 odstotkov), ki se dogaja, ko se predpostavljeni loti podrejenega delavca ali drugega za drugim, dokler ne uniči celotne skupine. Mogoče je tudi obrnjeno vertikalno TDM, ko se skupina delavcev loti predpostavljenege (5 odstotkov primerov). TDM lahko povzroči veliko problemov tako zaposlenim kot tudi sami organizaciji. Struktura zaposlenih po spolu in starosti ne nudi ustrezne prestave o potencialnem TDM, saj so ga deležni tako ženske kot moški. Izobrazbena in hierarhična struktura pa jasno pokažeta, da so problemu TDM bolj izpostavljena zahtevna delovna mesta in

nekateri intelektualno usmerjeni poklici v znanosti, izobraževanju, športu (Cvetko, 2003).

1.1 Vzroki trpinčenja na delovnem mestu

Na razvoj TDM vpliva veliko dejavnikov. Med najpomembnejšimi je t. i. organizacijska kultura oziroma pomanjkanje konstruktivne organizacijske kulture (Keashly in Jagatic, 2003). Do TDM največkrat prihaja v kolektivih, kjer ima vodstvo pozitiven odnos do trpinčenja in tovrstno nasilje predstavlja del tradicije delovnega okolja. Zato nekateri avtorji trdijo, da do TDM brez posrednega ali neposrednega soglasja vodstva sploh ne more priti. V organizacijah, ki jih zaznamuje visoka stopnja konformizma (zapori, bolnišnice, vojska), je TDM zelo pogosto. Tako ne preseneča, da so povzročitelji praviloma nadrejene osebe. Avtokratski in avtoritativni način vodenja sta enako problematična kot različica *laissez-faire*, ki predstavlja zelo plodna tla za horizontalno TDM. V formalnih delovnih okoljih, kjer so meje obnašanja jasne, naj bi bilo TDM manj (Zapf, Einarsen, Hoel in Vartia, 2003).

Tudi organizacija dela je tesno povezana s TDM. V delovnih okoljih, kjer se zaposleni soočajo z nerazumnimi zahtevami na eni strani in slabimi delovnimi pogoji na drugi strani, se TDM pojavlja pogosteje. V tem smislu so še posebej problematična okolja, ki so vpletena v neetične ali protizakonite dejavnosti. Zanimivo pa niso ugotovili povezave med TDM in intenziteto dela (Einarsen in Zapf, 2003).

1.2 Posledice trpinčenja na delovnem mestu

V raziskavi o pojavu TDM v Sloveniji, ki je potekala v letu 2003, so vprašani najpogosteje navajali kot posledice TDM nezmožnost koncentracije, razdražljivost, nezadostno samospoštovanje, motnje spanja ter splošno preutrujenost in izžetost (Metelko, Teržan in Žebovec, 2006). Neposredne posledice so lahko presenečenje, osuplost, jeza, aktivna obramba, poskusi rešitve konflikta, iskanje kompenzacije zunaj delovnega okolja, ignoriranje napadov, iskanje pomoči pri nadrejenih ali/in pri sodelavcih. Žrtev doživlja psihične in fizične posledice TDM, izgubo delovnega mesta, depresijo, socialno osamitev, nezmožnost za delo ipd. Posledice stresa se lahko kažejo v obliki fizičnih, psihičnih in psihosomatskih obolenj. Posttravmatska stresna motnja lahko nastopi kot zapozneli odgovor na stresni dogodek ali zelo obremenilne okoliščine. Znaki motnje se navadno pokažejo po določeni časovni latenci in imajo v veliki meri značilnosti tesnobe in depresije (Rus Makovec, 2003:15). Poleg depresije se lahko kažejo še fobije, motnje spanja, prebavne motnje, glavobol, razdraženost, utrujenost, težave s srcem in žolčem, obolenja mišic in okostja. Žrtev je mnogokrat odstotna z dela zara-

di umikanja in zdravljenja težav, ki jih povzročata napadalec (Cvetko, 2006).

TDM povzročata veliko gmotno škodo, saj se v prizadetih delovnih okoljih soočajo z višjimi stroški zaradi bolniških nadomestil in povečanega števila odpovedi delovnega razmerja, večkrat najbolj kompetentnih delavcev. Stroški nastanejo tudi zaradi zdravljenja žrtev, sodnih postopkov in zmanjšane storilnosti (Keashly in Jagatic, 2003; Davenport, Schwartz in Elliot, 1999; Carnero in Martinez, 2005).

1.3 Razširjenost pojava

Raziskave po Evropi in svetu kažejo, da TDM prizadene od 4 do 9 odstotkov vseh zaposlenih. Nadrejeni TDM pogosto uporabljajo (ali vsaj tolerirajo) za zmanjševanje števila zaposlenih; tako se izognejo plačevanju odpravnin, saj prizadeti sami dajo odpoved, ker razmer na delovnem mestu ne zdržijo več (Tkalec, 2006). Ženske so pogosteje žrtve, moški pa povzročitelji. Psihično nasilje se pojavlja na vseh organizacijskih ravneh, med povzročitelji so tako nadrejeni kot sodelavci. Pogosto je povzročiteljev več, v tem primeru psihično nasilje tudi traja dlje. Na Švedskem je Leymann ugotovil, da je 3,5 odstotka delovne sile žrtev TDM in da ta odstotek iz leta v leto narašča (Leymann, 1996). Podatki Evropske agencije za varnost in zdravje pri delu (2006) kažejo, da je prizadetih od 8 do 10 vseh zaposlenih evropskih delavcev. Odstotek je še višji v ZDA, kjer nasilje na delovnem mestu prizadene kar 16 odstotkov delavcev. Iz raziskave, ki je bila leta 2007 izvedena v Nemčiji (Weber, Hoermann, Koellner, 2007), je razvidno, da je v evropskih državah prizadetih med 2 in 15 odstotkov zaposlenih, v nacionalnem poročilu pa znaša odstotek za Nemčijo 3 odstotke zaposlenih, med njimi so pogosteje prizadete ženske. Posledice TDM največkrat prevladujejo v javnem sektorju (zdravstvo, sociala in šolstvo). Ugotovljeno je bilo, da v podjetjih najpogosteje opažajo napake pri delu, agresivno komuniciranje, izostajanje z dela ter poskus izoliranja posameznikov od ostalih sodelavcev. Brečko (2006) navaja, da se TDM najpogosteje izvaja v državni upravi (14 odstotkov), v šolstvu in zdravstvu (12 odstotkov), sledijo turistični sektor (12 odstotkov), transport in komunikacije (12 odstotkov), trgovina (9 odstotkov), rudarstvo in predelovalna industrija (6 odstotkov), finančno posredovanje (5 odstotkov), gradbeništvo (5 odstotkov), elektrooskrba (3 odstotki) in kmetijstvo (3 odstotki). Rezultati kažejo tudi na velike razlike med državami. Tako naj bi bilo na Finskem 15 odstotkov zaposlenih trpinčenih na delovnem mestu, na Nizozemskem 14 odstotkov, na Švedskem 12 odstotkov, v Belgiji 11 odstotkov v Franciji in na Irskem 10 odstotkov, na Danskem 8 odstotkov, v Nemčiji in Luksemburgu 7 odstotkov, v Avstriji 6 odstotkov, v Španiji in Grčiji 5 odstotkov, v Italiji in na Portugalskem pa 4 odstotki (Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu, 2006).

Prepoznavanje opozorilnih znamenj, ki kažejo na morebitno prisotnost nezdravih medosebnih odnosov v delovnem okolju, tudi psihičnega nasilja, je pri preprečevanju TDM in zmanjševanju njegovih posledic velikega pomena. Posamezniki so kot psihična in fizična opozorilna znamenja največkrat navajali nezmožnost koncentracije, razdražljivost, izžetost ter motnje spanja. Na ravni organizacije pa se največkrat kažejo opozorilni znaki, kot so razdražljivost sodelavcev in/ali nadrejenih, napake pri delu ter povišana odsotnost z dela zaradi bolezni (Tkalec, 2006).

V Sloveniji so bile narejene študije, ki so vključile premajhne (nereprezentativne) vzorce oziroma le določene ciljne skupine ljudi in zato za resnejše sklepanje o zakonitostih pojavljanja TDM v slovenskih podjetjih in drugih delovnih okoljih ne predstavljajo ustrezne podlage. Študije so opozorile na pojavnost TDM med zaposlenimi ter na nujnost zgodnjega zaznavanja pojava in učinkovitega upravljanja. Zadnja objavljena raziskava, ki je bila narejena na temo vlog kadrovske službe pri obvladovanju TDM, je bila izvedena v 51 slovenskih podjetjih. Ugotovljena povprečna ocena ogroženosti za TDM v opazovanih podjetjih raste z velikostjo in uvajanjem organizacijskih struktur ogroženosti podjetij za TDM (Tuškej, 2007:41). Razširjenost TDM v Sloveniji so leta 2008 raziskali na Kliničnem inštitutu za medicino dela, prometa in športa (KIMDPŠ) v prvi nacionalni raziskavi o tej problematiki (Urdih Lazar in Stergar, 2009). Rezultati, pridobljeni z vprašalnikom NAQ, so pokazali, da je bilo TDM v času izpolnjevanja ankete izpostavljenih 7,8 odstotka preiskovancev, v zadnjih petih letih pred raziskavo pa 19,4 odstotka.

1.4 Trpinčenje na delovnem mestu v zdravstvu

Posebna pozornost je bila v zadnjem času namenjena t. i. motečemu (angl. *disruptive*) obnašanju zdravnikov do ostalih zaposlenih. Definirano je kot neprimerno obnašanje, ki se kaže v interakciji z ostalimi zdravniki in drugimi zaposlenimi v zdravstvu, bolniki in svojci in drugimi osebami ter moteče vpliva na oskrbo bolnikov ali je razumno pričakovati, da bi lahko moteče vplivalo na oskrbo bolnikov. Najpogostejša oblika je nespoštljiva komunikacija, vendar so pogoste tudi druge oblike – na primer kričanje, žaljenje oseba in odklanjanje dokončanja opravil. Tako obnašanje ogroža varnost bolnikov, negativno vpliva na vzdušje v delovni organizaciji in poveča fluktuacijo delovne sile, odgovorno pa naj bi bilo tudi za zmanjšano učinkovitost in večjo porabo sredstev (Leape in Fromson, 2006). Avtorji tega članka ocenjujejo, da ima težave z motečim obnašanjem 3–5 odstotkov zdravnikov. Verjetnost za izkazovanje takega obnašanja se (med drugim) poveča ob stresu, čezmernem delu, utrujenosti in v neurejenih delovnih razmerah.

Z različnih delov sveta prihaja čedalje več poročil, ki kažejo na posebej pogosto pojavljanje TDM nad zdravniki v procesu izobraževanja (Bairy in sod., 2007; Cheema, Ahmad, Giri, Kaliaperumal in Naqvi, 2005; Scott, Blanshard in Child, 2008; Quine, 2007). S stališča družinske medicine je zanimiv tudi podatek iz nedavne raziskave Sindikata bančništva Slovenije, kjer ugotavljajo, da žrtve TDM o dogodkih najpogosteje obvestijo prav zdravnika (Robnik in Milanovič, 2008).

Glede na omenjene izsledke in naravo dela specializantov medicine nas je zanimalo, kako pogosto so se specializanti medicine srečali s TDM. Zanimalo nas je tudi, v kolikšni meri drži trditev iz Leymannove definicije TDM – da trpinčenje privede do »bistvene duševne, psihosomatske in socialne prizadetosti« (Leymann, 1996).

2 Preiskovanci in metode

V študiji smo želeli ugotoviti pogostnost TDM na vzorcu populacije slovenskih specializantov medicine ter morebitno povezavo s simptomi tesnobe in depresije, reakcije na stres in prilagoditvene motnje, kar je glede na literaturo (Rus Makovec, 2003:108–17) najpogostejša posledica zlorabe na delovnem mestu. Zanimalo nas je, ali je TDM med specializanti medicine v primerjavi s splošno slovensko populacijo pogostejši, ali TDM vpliva na zdravje preiskovancev ter kakšno izobrazbo imajo izvajalci trpinčenja na delovnem mestu. Študija je imela dva kraka – presečnega in retrospektivnega.

2.1 Preiskovanci

Vsem zdravnikom, ki so po podatkih Zdravniške zbornice opravljali v študijskem letu 2008/09 specializacijo na katerem koli področju medicinskih ved (skupno 1164 oseb), smo aprila 2009 poslali preveden in prirejen vprašalnik LIPT (*Leymann Inventory of Psychological Terrorization*). Vprašalnik je vrnilo 318 oseb, šest vprašalnikov ni bilo veljavnih. V analizo smo vključili preostalih 312 vprašalnikov, kar predstavlja 26,8 odstotka populacije specializantov iz obdobja zajema.

Preiskovanci so bili stari povprečno 33 let, povprečno so imeli skoraj šest let delovne dobe. V vzorcu so prevladovali osebe ženskega spola – 77,2 odstotka (tabela 1), kar se sklada s trenutno strukturo populacije slovenskih specializantov.

2.2 Pripomočki

Poleg prevedenega in prirejenega vprašalnika LIPT (*Leymann Inventory of Psychological Terrorization*) smo vključili vprašanja o spolu, starosti, delovni dobi, bolniškem do-

pustu preiskovancev in izobrazbi povzročiteljev trpinčenja. Navedeno je bilo tudi vprašanje o občutku spoštovanosti na delovnem mestu.

Vprašalnik LIPT obsega 45 vprašanj, razdeljena so po sklopih A–E, ki predstavljajo posamezne oblike TDM. Sklop A zajema 10 vprašanj, ki raziskujejo možnost sporazumevanja prizadetega, sledi pet vprašanj v zvezi z možnostjo ohranjanja družabnih stikov na delovnem mestu, sklop C s pomočjo 14 vprašanj odkriva napade na osebni ugled, zajeta pa so tudi vprašanja o onemogočanju kvalitativnega dela (sklop D, sedem vprašanj) ter enako število vprašanj za odkrivanje ogrožanja telesnega zdravja (sklop E). Pošiljka je vsebovala tudi kratko informacijo o namenu poizvedbe in neoznačeno, frankirano kuverto. Zagotovljena je bila popolna anonimnost preiskovancev.

2.3 Statistična analiza

Skupino preiskovancev, ki so dosegli kriterij za izpostavljenost TDM, smo statistično primerjali s skupino specializantov, ki niso obkrožili nobenega odgovora pri vprašanjih o TDM. Tako smo oblikovali dve primerjalni skupini.

Iz vprašalnika smo konstituirali naslednje spremenljivke: izpostavljenost TDM kadar koli v času specializacije, izpostavljenost TDM v času reševanja vprašalnika, občutek spoštovanosti na delovnem mestu, pogostnost bolniškega dopusta v zadnjem letu (odsotnost z dela zaradi bolezni, vsakič vsaj za tri dni) ter duševne in telesne simptome bolezni. Demografske podatke smo prikazali v obliki frekvenc za kategorične spremenljivke in v obliki srednjih vrednosti (SV) in standardnih odklonov (SD) za numerične spremenljivke. Test zanesljivosti zbranih podatkov o dimenzijah TDM smo preverili s koeficientom Cronbach alfa. Vpliv demografskih podatkov in TDM na psihične in fizične zdravstvene težave smo računali s testom hi-kvadrat in testom T. Statistično pomembno povezane spremenljivke s psihičnimi in fizičnimi zdravstvenimi težavami smo vključili v multivariatno logistično regresijo in izračunali neodvisne dejavnike vpliva. Rezultate logistične regresije smo prikazali z vrednostjo hi-kvadrata, faktorjem vpliva, 95-odstotnim intervalom zaupanja in vrednostjo p. Nato smo oblike TDM znotraj vsake dimenzije od A do E sešteli.

Statistična analiza je bila opravljena s programom SPSS 15.0. Vrednost $p < 0,05$ je predstavljala statistično pomembnost.

Predstavljamo samo statistično pomembne izsledke. Zaradi praktičnih razlogov navajamo podatke v moški obliki.

3 Rezultati

3.1 Demografski podatki o preiskovancih

Tabela 1: Demografski podatki

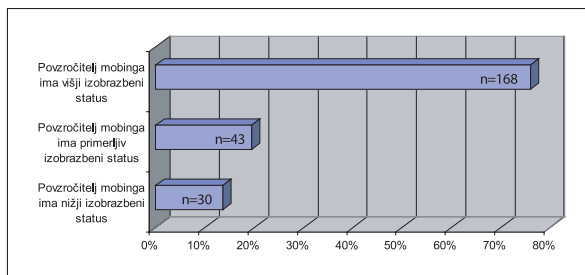
	Število	Odstotek (%)
Spol		
moški	71	22,8
ženski	241	77,2
Bolniški dopust zaradi bolezni v zadnjem letu dni		
nikoli	85	27,2
enkrat	136	43,3
dvakrat	64	20,4
trikrat in večkrat	27	8,6
	srednja vrednost ± standardna deviacija (SV ± SD)	
Starost v letih	32,6 ± 4,6	
Delovna doba v letih	5,8 ± 4,2	

3.2 Odgovori na vprašalnik

Več kot 70 odstotkov od 312 v raziskavo vključenih specializantov je bilo med specializacijo izpostavljenih TDM. Na podlagi Z-testa za ugotavljanje razlike med deleži smo ugotovili, da je bilo v času opravljanja specializacije statistično pomembno več sodelujočih specializantov izpostavljenih TDM ($p < 0,001$). Zaradi omejenega odziva v populaciji pa lahko ugotovimo, da je bilo TDM kadar koli v času specializacije izpostavljenih vsaj 18,8 odstotka specializantov medicine.

V času reševanja vprašalnika je bilo TDM še vedno izpostavljenih 40,1 odstotka preiskovancev. Na podlagi Z-testa za ugotavljanje razlike med deleži smo ugotovili, da je bilo v času reševanja vprašalnika statistično pomembno več specializantov izpostavljenih TDM kot ne ($p < 0,001$). V populaciji vseh specializantov medicine to pomeni vsaj 10,7 odstotka.

Med povzročitelji TDM so bili največkrat navedeni uslužbenci z višjo izobrazbo od specializanta. Možnih je bilo več odgovorov, zato podajamo rezultate (slika 1). Na podlagi Z-testa za ugotavljanje razlike med deleži smo ugotovili, da je imelo statistično pomembno več povzročiteljev TDM višjo izobrazbo status od specializanta ($p < 0,001$).



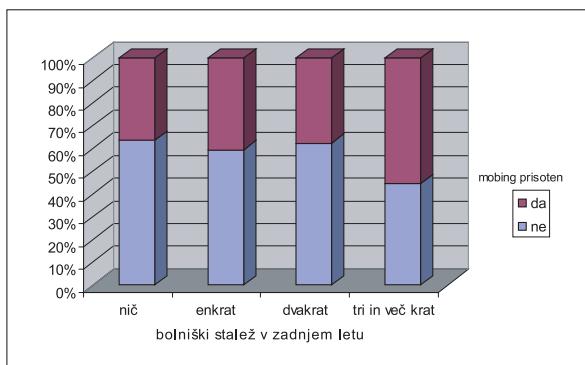
Slika 1: Izobrazbeni status povzročiteljev TDM

Specializantom so najpogosteje zamolčali pomembne informacije (31 odstotkov), zelo pogosto so navajali verbalne napade v zvezi z delovnimi zadolžitvami (28 odstotkov), dodeljevanje delovnih opravil, ki ne ustrezajo kompetencam (24 odstotkov), in širjenje govoric (23odstotkov).

Simptome depresije in tesnobe so statistično pomembno ($p < 0,001$) pogosteje navajali tisti specializanti, ki so bili izpostavljeni TDM. Tudi težave, povezane s posameznim organskim sistemom, so bile ob izpostavljenosti TDM značilno pogostejše ($p < 0,001$).

Preiskovanci, ki so se na delovnem mestu počutili spoštovani, so značilno redkeje ($p < 0,001$) tožili o zdravstvenih težavah, navedenih v vprašalniku.

Preiskovanci, ki so bili izpostavljeni TDM, so značilno pogosteje ($p < 0,001$) beležili tri bolniške odsotnosti (vsako v trajanju vsaj tri dni) zaradi bolezni v zadnjem letu (slika 2) ali več.



Slika 2: Povezava med TDM in bolniškim dopustom

Zanesljivost meritev dimenzij TDM smo preverili s koeficientom Cronbach alfa, pri meritvah v svoji raziskavi smo večinoma dobili visoke koeficiente, nad priporočeno vrednostjo,

ki znaša vsaj 0,7. Dejavnike, ki so bili univariatno statistično povezani z duševnimi simptomi, smo vključili v multivariatno analizo za izračun dejavnikov, ki so najmočneje neodvisno povezani z duševnimi simptomi. Uporabili smo logistično regresijo. Rezultati so pokazali, da je z duševnimi simptomi (spremembami) najmočneje povezano spoštovanje zaposlenih, sledita TDM in bolniški dopust. Vse tri univariatno statistično pomembno povezane spremenljivke z duševnimi simptomi so ostale statistično pomembne tudi v multivariatnem modelu logistične regresije (tabela 2).

Dejavnike, ki so bili univariatno statistično povezani s telesnimi simptomi, smo vključili v multivariatno analizo za izračun dejavnikov, ki so najmočneje neodvisno povezani s telesnimi simptomi (okvarami zdravja). Uporabili smo logistično regresijo. Rezultati so pokazali najmočnejšo povezavo med TDM, bolniškim dopustom, spoštovanjem zaposlenih in telesnimi simptomi. Vse tri univariatno statistično pomembno povezane spremenljivke so ostale statistično pomembne tudi v multivariatnem modelu logistične regresije (tabela 3).

Tabela 2: Dejavniki, povezani z duševnimi simptomi

	hi-kvadrat	Faktor vpliva	95-odstotni interval zaupanja	P
TDM prisotno tudi sedaj	21,6	3,9	2,2–6,9	<0,001
Bolniški dopust zaradi bolezni v zadnjem letu dni	15,6	2,0	1,4–2,7	<0,001
Čutite spoštovanje zaposlenih	30,3	0,1	0,1–0,3	<0,001

Tabela 3: Dejavniki, povezani s telesnimi simptomi

	hi-kvadrat	Faktor vpliva	95-odstotni interval zaupanja	p
TDM prisotno tudi sedaj	10,3	2,4	1,4–4,0	0,001
Bolniški dopust zaradi bolezni v zadnjem letu dni	8,8	1,6	1,2–2,1	0,003
Čutite spoštovanje zaposlenih	8,3	0,4	0,2–0,8	0,004

4 Razprava

Ugotovili smo, da je TDM v populaciji specializantov medicine v Sloveniji pričakovano pogosto, saj je večina v raziskavi udeleženih specializantov (70,2 odstotka) poročala o izpo-

stavljenosti TDM v času opravljanja specializacije, kar znaša vsaj 18,8-odstotno izpostavljenost v populaciji specializantov kadar koli v obdobju specializacije. Ob tem je bilo več kot 40 odstotkov preiskovancev (vsaj 10,7 odstotka populacije) izpostavljenih TDM tudi v času reševanja vprašalnika (april 2009). Izledek se sklada z odgovori specializantov medicine iz drugih držav (Bairy, 2007; Cheema, Ahmad, Giri, Kaliaperumal in Naqvi, 2005; Scott, Blanshard in Child, 2008; Quine, 2007), ki prav tako opažajo visok (nad 10 odstotkov) odstotek tovrstnega trpinčenja. Primerjava z anketo Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa (Urdih Lazar in Stergar, 2009) kaže, da so bili vsi specializanti v času reševanja vprašalnika bolj pogosto, v študijo vključeni pa 15-krat pogosteje izpostavljeni TDM kot splošna slovenska populacija (10,7 odstotka vs. 2,6 odstotka (populacija), oziroma 40,1 odstotka vs. 2,6 odstotka (obravnavani preiskovanci)).

V skladu z rezultati navedene raziskave je tudi naš podatek, da ima večina povzročiteljev TDM (76 odstotkov) višjo izobrazbo, torej gre večinoma za nadrejene osebe, seveda z omejitvijo veljavnosti tega zaključka zaradi nereprezentativnega vzorca. Slab odziv vabljenih preiskovancev si razlagamo deloma z načinom vzorčenja (preiskovanci so se morali z izpolnjenim vprašalnikom potrditi do poštnega nabiralnika), deloma pa tudi s splošno nezainteresiranostjo specializantov do reševanja problematike v zvezi z delovnim razmerjem.

Med oblikami TDM so prevladovala dejanja iz skupine onemogočanja kvalitetnega dela in napada na možnost sporazumevanja prizadetega. Preiskovancem so najpogosteje zamolčali pomembne informacije, sledili so verbalni napadi v zvezi z delovnimi zadolžitvami, dodeljevanje delovnih opravil, ki niso ustrezala njihovim kompetencam, in širjenje govoric. Ob tem so se specializanti pogosteje čutili preveč kot premalo usposobljeni za dodeljena opravila. Med prvih deset so se uvrstila še naslednja dejanja: spreminjanje delovnih zadolžitvev brez pravočasnega opozorila, zanikanje specializantove prisotnosti in ignoriranje, nedodeljevanje delovnih zadolžitvev. Zaskrbljujoče je dejstvo, da sta dva odstotka vključenih specializantov (skupno sedem oseb, od tega pet moških) poročala o fizičnem napadu z namenom ustrahovanja. Nekateri rezultati (zamolčane informacije, spreminjanje opravil, neustrezne ali neobstoječe delovne naloge) bi lahko nakazovali na organizacijsko problematiko.

Rezultati kažejo, da so tisti preiskovanci, ki so bili v času reševanja vprašalnika izpostavljeni TDM, pomembno pogosteje navajali simptome bolezni. Izstopale so tesnoba (skoraj 60 odstotkov izpostavljenih), razdražljivost in utrujenost (več kot polovica), pogosto sta bila navedena tudi depresivno razpoloženje z žalostjo, jokavostjo in potrnostjo ter izguba veselja do vseh stvari. Med simptomi, ki so bili vezani na en organski sistem, so

preiskovanci najpogosteje izbrali funkcionalne prebavne motnje. Naštete simptome je v trajanju več kot dva tedna skupaj z motnjami spanja navedlo več kot 30 odstotkov specializantov, izpostavljenih TDM. Navedeni simptomi poleg depresije sodijo tudi v kontekst reakcij na stres in prilagoditvenih motenj, kar pomeni, da ima TDM najverjetneje vzročno vlogo. Ugotovili smo še, da tisti specializanti, ki so na bolniškem dopustu na leto več kot trikrat, pogosteje navajajo TDM. Če združimo to opažanje s tistim o povezavi simptomatike depresije in TDM, lahko domnevamo, da je v ambulantni družinskega zdravnika ob obisku specializanta medicine, ki v letu tretjič zaprosi za bolniški dopust, smiselno povprašati o občutku spoštovanosti v službi in v primeru negativnega odgovora še o simptomatiki depresije. V raziskavi namreč opažamo, da je občutek spoštovanosti v službi pomembno povezan z izpostavljenostjo TDM in navajanjem simptomov tesnobe ali depresije.

Prednost študije je v osvetlitvi problematike trpinčenja na delovnem mestu v skupini specializantov medicine, ki so opravljali specializacijo na katerem koli področju medicinskih ved v študijskem letu 2008/9.

Podatki bodo morda v pomoč pri reorganizaciji programov specializacije, poleg tega pa lahko služijo zdravnikom družinske medicine kot oprijemališča za obravnavo zaposlenih oseb, ki prihajajo v ambulanto s pritožbami o simptomih, značilno povezanih s TDM. Največja omejitev študije je vsekakor pristranski vzorec, ki ne dopušča posplošitev na populacijo vseh specializantov medicine v Sloveniji.

V duhu prizadevanja za preventivo TDM smo oblikovali tudi nekatere predloge za izboljšanje delovnih pogojev specializantov (in njihovih sodelavcev), ki poleg sprememb v organizaciji specialističnega dela vključujejo tudi priporočila za preprečevanje trpinčenja na delovnem mestu, periodična izobraževanja, usmerjena v obravnavo TDM, in izobraževanje vodstvenega kadra o sodobnih principih vodenja in dela z ljudmi. Poseben pomen ima izobraževanje zdravnikov družinske medicine v zvezi s problematiko TDM, saj prizadeti najprej iščejo pomoč prav pri njih. Iz tega razloga ima lahko družinska medicina ključno vlogo pri oblikovanju protokolov za obravnavo TDM ter pri ustvarjanju strokovnih povezav s strokovnjaki, ki imajo izkušnje s tega področja.

5 Zaključek

Rezultati so sicer pristranski zaradi vzorčenja, vendar kažejo, da je trpinčenje na delovnem mestu med slovenskimi specializanti medicine vsaj enako, če ne celo bolj pogosto kot v poklicnih skupinah, o katerih so dostopni rezultati (Urdih Lazar in Stergar, 2009; Robnik in Milanovič, 2008; Pranjič,

Maleš Bilić, Beganlić in Mustajbegović, 2006; Einarsen, Hoel, Zapf in Cooper, 2003; Bairy, 2007; Cheema, Ahmad, Giri, Kaliaperumal in Naqvi, 2005; Scott, Blanshard in Child, 2008; Quine, 2007; Agervold, 2007). Povezano je s prizadetostjo na področju telesnega, duševnega in socialnega blagostanja – torej z vsemi tremi dimenzijami definicije zdravja (Svetovna zdravstvena organizacija (WHO), 1946). Glede na razpoložljivo literaturo (Rus Makovec, 2003:108–117; Selič, 2009; Česen in sod., 2009; Leymann, 1990; Einarsen, Hoel, Zapf in Cooper, 2003; Davenport, Schwartz in Elliot, 1999; Rosenstein in O'Daniel, 2008; Leape in Fromson, 2006) je v obravnavi tovrstne zlorabe daleč najpomembnejša preventiva kompetentnega in nepristranskega vodstva, ki ima sodobno znanje s področja upravljanja človeških virov. Vsekakor si tematika zasluži nadaljnjo pozornost.

Zahvala

Predstavljena študija je del specialističnega dela Pogostnost pojava trpinčenja na delovnem mestu in povezava med trpinčenjem, bolniško odsotnostjo ter izbranimi simptomi pri specializantih medicine v Sloveniji, katerega izvedbo je z logistično podporo pri pripravi in distribuciji vprašalnika omogočila Zdravniška zbornica Slovenije.

Prilagojeno v okviru raziskovalnega programa P3-0339 ARRS.

Literatura

1. Agervold, M. (2007). Bullying at work: a discussion of definitions and prevalence, based on an empirical study. *Scand J Psychol*, 48/2, str. 161–172.
2. Bairy, K. L., Thirumalaikalundusubramanian, P., Sivagnanam, G., Saraswathi, S., Sachidananda, A., Shalini A. (2007). Bullying among trainee doctors in Southern India: a questionnaire study. *J Postgrad Med*, 53: str. 87–90.
3. Brečko, D. (2006). Mobbing – psihoteror tekmovalne družbe. *Industrijska demokracija*, 12: str. 12–18.
4. Carnero, M. A., Martinez, B. (2005). Economic and health consequences of the initial stage of mobbing: the Spanish case. *XXX Simposio de analisis economico*; 15.–17. december 2005; Murcia, Španija.
5. Cheema, S., Ahmad, K., Giri, S. K., Kaliaperumal, V. K., Naqvi, S. A. (2005). Bullying of junior doctors prevails in Irish health system: a bitter reality. *Ir Med J*, 98/9: str. 274–275.
6. Cvetko, A. (2003). Mobbing – posebna vrsta šikane v delovnih razmerjih. *Podjetje in delo*, 29/5: str. 895–906.
7. Cvetko, A. (2006). Mobbing – psihično nasilje. Nasilje na delovnem mestu. *Sanitas et labor*, 5/1: str. 25–39.
8. Česen, T., Damej-Pauko, M., Kečanović, B., Mordej, A., Pečnik, S., Posel, F., Urdih Lazar, T., Gantar, P., Čebašek-Travnik, Z., Germič, L., Dodič-Fikfak, M. (2009). *Mobing, trpinčenje, šikaniranje: nekaj usmeritev za ohranjanje dostojanstva*. Ljubljana: Pogum.
9. Davenport, N., Schwartz, R. D., Elliot, G. P. (1999). *Mobbing – emotional abuse in American workplace*. Iowa: Civil Society Publishing.

10. Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., Cooper, L. C. (2003). The concept of bullying at work- the European tradition. V: Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., Cooper, L. C.: **Bullying and emotional abuse in the workplace – international perspectives and practice**. London/New York: Taylor and Francis, str. 6–11.
11. Einarsen, S., Zapf, D. (2003). Individual antecedents od bullying. V: Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., Cooper, L. C.: **Bullying and emotional abuse in the workplace – international perspectives and practice**. London/New York: Taylor and Francis, str. 168–215.
12. Evropska agencija za varnost in zdravje pri delu. (2006). Ustrahovanje na delovnem mestu. Članek je bil dobljen 31. avgusta 2007 na <http://osha.europa.eu/publications/factsheets/23>
13. Keashly, L., Jagatic, K. (2003). US perspectives on workplace bullying. V: Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., Cooper, L. C.: **Bullying and emotional abuse in the workplace – international perspectives and practice**. London/New York: Taylor and Francis, str. 50–51.
14. Koić, E., Apostolovski, J. (2006). **Mobing. Najčešća pitanja in odgovori**. Udruga za pomoć i edukaciju žrtava mobbinga. Zagreb: Gradski ured za zdravstvo, rad i socijalnu zaštitu i branitelje.
15. Leape, L. L., Fromson, J. A. (2006). Problem doctors: is there a system level solution. *Ann Intern Med*, 144: str. 107–115.
16. Leymann, H. (1990). Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence Vict*, 5/2: str. 119–126.
17. Leymann, H. (1996). The Mobbing Encyclopaedia. Bullying; Whistleblowing. Članek je bil dobljen 31. avgusta 2007 na <http://www.leymann.se/english>
18. Metelko, M., Teržan, M., Žebovec, S. (2006). **Stanje na področju preprečevanja nasilja in nadlegovanja na delovnem mestu v Sloveniji**. Članek je dobljen 7. februarja 2009 na http://hwi.osha.europa.eu/topic_prevention_violence/slovenia/state_of_play.pdf/sl_version/at_download/file.
19. Pranjic, N., Maleš – Bilić L., Beganlić, A., Mustajbegović, J. (2006). Mobbing, stress, and work ability index among physicians in Bosnia and Herzegovina: survey study. *Croat Med J*, 47: str. 750–758.
20. Quine, L. (2002). Workplace bullying in junior doctors: questionnaire survey. *BMJ*; 324: str. 878–879.
21. Robnik, S., Milanovič, I. (2008). **Trpinčenje na delovnem mestu**. Rezultati raziskave Sindikata bančništva Slovenije in priporočila za delodajalce. Ljubljana: Sindikat bančništva Slovenije.
22. Rosenstein, A. H., O'Daniel, M. (2008). A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 34: str. 464–471.
23. Rus – Makovec, M. (2003). **Zloraba moči in duševne motnje ter poti iz stiske**. Ljubljana: Cankarjeva založba, str. 108–117.
24. Scott, J., Blanshard, C., Child, S. (2008). Workplace bullying of junior doctors: cross-sectional questionnaire survey. *N Z Med J*, 22/121: str. 10–14.
25. Selič, P. (2009). Nasilje na delovnem mestu: opredelitev, razširjenost, odkrivanje, preiskovanje, obravnava in preprečevanje. V: Klemenc-Ketiš, Z., Zelko, E.: **Nasilje v zdravstvu in novosti v preventivi** – II. Zdravčevi dnevi; 11.–12. september 2009, Beltinci, Slovenija. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD. Družinska medicina 2009/7 Suppl 6: str. 39–59.
26. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) **Preambula ustave Svetovne zdravstvene organizacije** (WHO). Mednarodna zdravstvena konferenca; 19.–22. junij 1946, New York.
27. Tkalec, L. (2001). Šikaniranje. **Teorija in praksa**, 38/5: str. 908–926.
28. Tkalec, L. (2006). Mobbing – psihoteror na delovnem mestu. **Industrijska demokracija**, 12: str. 6–12.
29. Tuškej, M. (2007). **Vloga kadrovske službe pri obvladovanju mobbinga**. Magistrska naloga, Ljubljana, Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
30. Urdih Lazar, T., Stergar, E. (2009). Razširjenost trpinčenja na delovnem mestu v Sloveniji. **Glasnik Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa**, 1: str. 11–15.
31. Weber, A., Hörmann, G., Köllner, V. (2007). Mobbing – a work related risk factor of service – based society? *Gesundheitswesen*, 69/5: str. 267–276.
32. Zapf, D., Einarsen, S., Hoel, H., Vartia, M. (2003). Empirical finding on bullying in the workplace. V: Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., Cooper, L.C.: **Bullying and emotional abuse in the workplace – international perspectives and practice**. London/New York: Taylor and Francis, str. 104–110.

Mobbing of trainee doctors in Slovenia: prevalence and impact on their health in 2009

Polona Selič, Ph.D in Psychology, Department of Family Medicine, Medical Faculty,
Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, Slovenia

Ana Jakopin, M.D., Department of Family Medicine, Medical Faculty,
Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, Slovenia

Mobbing is common in educational and health sectors. It is especially common in workplaces in which work tasks are not clearly defined or are frequently changed. Research shows a high incidence of such behaviour among trainee doctors in various parts of the world. Mobbing affects health. There are several definitions of mobbing. For the purpose of this research, mobbing is defined as experiencing at least one of 45 Leymann's (1990) forms of mobbing behaviour at least once a week over a period of at least six months.

In order to assess the frequency of reported mobbing and the association between mobbing and chosen symptoms in Slovenian trainee doctors, in April 2009, all 1164 Slovene trainee doctors in aforementioned period were sent an adapted LIPT (Leymann Inventory of Psychological Terrorization) questionnaire, together with questions about gender, age, sick leave, working experience, educational status of the possible perpetrator and chosen symptoms. The respondents' anonymity was assured.

A 27% response rate was achieved. Six questionnaires were not valid, so a total of 312 questionnaires was analyzed (26.8% of the population was covered), 77.2% of respondents were female which is in accordance with the population structure of all Slovene trainee doctors in 2009. A total of 70.8% of trainee doctors reported being subjected to mobbing during training; 40.0% were still experiencing mobbing at the time of completing the questionnaire. The most common form of bullying behaviour were withholding important information, verbal aggression in relation to work assignments, work assignments far below his/her capacity, spreading rumours and work assignments far above his/her capacity. Trainee doctors who were still mobbed during the time of this research reported symptoms of illness more frequently than the remainder of the sample ($p < 0.001$). The most common symptoms were anxiety and irritability. The educational status of perpetrators was higher than that of the doctors in question.

Key words: mobbing, victim, perpetrator, consequences, health, family medicine, trainee doctor

UDC: 331.443 + 616-051 (497.4) "2009"