



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**DEESKALACIJSKE TEHNIKE V
BOLNIŠNIČNEM OKOLJU – PREGLED
LITERATURE**

**DE-ESCALATION TECHNIQUES IN THE
HOSPITAL ENVIRONMENT: A
LITERATURE REVIEW**

Mentor: doc. dr. Branko Bregar
Somentor: Urban Bole, asist.

Kandidatka: Ema Klemenc

Jesenice, november, 2025

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorju diplomskega dela doc. dr. Branku Bregarju in somentorju Urbanu Boletu, asist. za strokovno pomoč, nasvete, razumevanje in usmeritve pri izdelavi diplomskega dela. Hvala Marti Smodiš, viš. pred. za recenzijo diplomskega dela ter Tanji Slapar, prof. slov. in nem. za lektoriranje diplomskega dela.

Zahvala gre tudi mojim staršem ter bratu in sestri, ki so me skozi študijska leta spremljali in me bodrili. Hvala za vaše spodbude in podporo!

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Deeskalacijske tehnike predstavljajo pomemben pristop v bolnišnični oskrbi, katerega glavni cilj je preprečiti ali zmanjšati intenzivnost konfliktnih situacij ter zagotoviti varen in spoštljiv odnos med pacienti in zdravstvenim osebjem. Učinkovita uporaba teh tehnik lahko zmanjša potrebo po uporabi prisilnih ukrepov, kar pozitivno vpliva na kakovost terapevtske obravnave in izboljšuje medosebne odnose v kliničnem okolju. Namen tega pregleda literature je bil opredeliti ključne veščine, ki sestavljajo deeskalacijske tehnike ter raziskati njihov pomen na vsakodnevno klinično prakso v bolnišničnih ustanovah.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bil prepoznati in podrobno opredeliti specifične veščine, ki so potrebne za učinkovito uporabo deeskalacijskih tehnik, ter analizirati pomen njihove implementacije v praksi.

Metoda: Izveden je bil pregled literature, ki je vključeval tematsko analizo in sintezo strokovnih znanstvenih virov. Pri pregledu je bila uporabljena deskriptivna metoda, potek analize pa je bil prikazan s PRISMA diagramom. Literatura je bila iskana v podatkovnih bazah ProQuest, PubMed, Wiley Online Library in Co., pri čemer so bile uporabljene ključne besede: »psychiatric inpatient«, »communication« in »de-escalation techniques«. Vključitveni kriteriji so zajemali literaturo v angleškem jeziku, izdano v zadnjih desetih letih, dostopno v celoti in osredotočeno na odraslo populacijo.

Rezultati: Najdenih je bilo 4818 zadetkov, od katerih je bilo za pregled celotnega besedila primernih 270. Po nadaljnjem vrednotenju je bilo v končno analizo vključenih 16 virov. Tematska analiza je omogočila identifikacijo štirih ključnih kategorij: učinkovitost deeskalacijskih tehnik, ovire pri izvajanju teh tehnik, ključne osebne in komunikacijske veščine ter organizacijske razmere za njihovo uspešno implementacijo.

Razprava: Rezultati kažejo, da uspešnost deeskalacijskih tehnik temelji na razvitih komunikacijskih sposobnostih, empatiji in ustrezni organizacijski podpori. Ovire, kot sta nezadostno usposabljanje osebja in neprimerno delovno okolje, lahko zmanjšajo učinkovitost teh pristopov v klinični praksi.

Ključne besede: agresija, komunikacija, psihiatrična oskrba, duševno zdravje

SUMMARY

Theoretical background: De-escalation techniques represent an important approach in psychiatric care, the main aim of which is to prevent or reduce the intensity of conflict situations and to ensure a safe and respectful relationship between patients and healthcare professionals. Effective use of these techniques can reduce the need for coercive measures, which in turn positively impacts the quality of provided psychiatric care and improves interpersonal relationships in the clinical setting. The aim of this literature review was to identify the key skills required for de-escalation techniques and to explore their relevance in daily clinical practice in psychiatric settings.

Goals: The aim of the thesis was to identify and define in detail the specific skills required for the effective use of de-escalation techniques and to analyse the importance of their implementation in practice.

Methods: A literature review was conducted, including a thematic analysis and synthesis of peer-reviewed scientific sources. The review used a descriptive method and illustrated the flow of the analysis with a PRISMA diagram. Literature was searched in ProQuest, PubMed, Wiley Online Library and Co. databases using the following keywords: “psychiatric inpatient”, “communication” and “de-escalation techniques”. Filtering search criteria included English-language literature published in the last 10 years, and fully-accessible sources focused on the adult population.

Results: The search yielded 4,818 hits, of which 270 were suitable for full-text review. After further evaluation, 16 sources were included in the final analysis. The thematic analysis allowed the identification of four key categories: 1) the effectiveness of de-escalation techniques; 2) barriers to implementing de-escalation techniques; 3) key personal and communication skills; and 4) organisational requirements for successful implementation of de-escalation techniques.

Discussion: The results show that the success of de-escalation techniques is based on developed communication skills, empathy, and adequate organisational support. Barriers such as insufficient staff training and inappropriate working settings can reduce the effectiveness of these approaches in clinical practice.

Key words: aggression, communication, psychiatric care, mental health

KAZALO

1	UVOD IN OPREDELITEV RAZISKOVALNEGA PROBLEMA	1
1.1	JEZA, AGRESIJA IN NASILJE PRI PACIENTU V BOLNIŠNIČNEM OKOLJU: PREVENTIVA, PREPOZNAVA IN OBVLADOVANJE.....	1
1.2	DEFINICIJA DEESKALACIJE	3
1.3	UPORABA DEESKALCIJSKIH TEHNIK V BOLNIŠNIČNEM OKOLJU ...	4
1.4	PREDHODNI DEJAVNIKI, POVEZANI Z UPORABO DEESKALCIJSKIH TEHNIK	6
1.5	KAZALNIKI USPEŠNE DEESKALACIJE.....	8
1.6	DOKAZI ZA UČINKOVITOST DEESKALACIJSKIH TEHNIK.....	9
1.7	UČINKOVITE INTERVENCIJE DEESKALACIJE V PSIHIATRIČNEM BOLNIŠNIČNEM OKOLJU	11
2	EMPIRIČNI DEL.....	12
2.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	12
2.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	12
2.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	12
2.3.1	Metode pregleda literature.....	12
2.3.2	Strategija pregleda zadetkov	13
2.3.3	Opis obdelave podatkov pregleda literature	14
2.3.4	Ocena kakovosti pregleda literature	14
2.4	REZULTATI.....	16
2.4.1	PRISMA diagram	16
2.4.2	Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah	16
2.5	RAZPRAVA	26
2.5.1	Omejitve raziskave	30
2.5.2	Doprinos za stroko ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo.....	31
3	ZAKLJUČEK	32
4	LITERATURA	33

KAZALO SLIK

Slika 1: PRISMA diagram.....	16
------------------------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature.....	14
Tabela 2: Hierarhija dokazov	15
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov	17
Tabela 4: Razporeditev kod po temah	25

1 UVOD IN OPREDELITEV RAZISKOVALNEGA PROBLEMA

V bolnišničnem okolju so zaposleni pogosto izpostavljeni jezi, agresiji in celo nasilju pacientov. Takšni dogodki ne ogrožajo zgolj varnosti zaposlenih, temveč lahko tudi bistveno vplivajo na kakovost zdravstvene oskrbe ter na terapevtski odnos med pacientom in osebjem. V odziv na to so deeskalacijske tehnike postale nepogrešljive pri preprečevanju stopnjevanja konfliktnih situacij ter zagotavljanju varnosti in spoštovanja v odnosu s pacienti.

1.1 JEZA, AGRESIJA IN NASILJE PRI PACIENTU V BOLNIŠNIČNEM OKOLJU: PREVENTIVA, PREPOZNAVA IN OBVLADOVANJE

Jeza, agresija in nasilje v bolnišničnem okolju tvorijo kontinuiteto vedenjskih odzivov, ki se lahko začne z nemirom in jezo ter preraste v verbalno ali fizično nasilje. Ti odzivi se lahko hitro stopnjujejo, če niso ustrezno prepoznani in obvladani. Razumevanje teh pojavov je temeljnega pomena za zagotavljanje varnosti pacientov in osebja ter za ohranjanje terapevtskega odnosa. V strokovni literaturi so jeza, agresija in nasilje opredeljeni kot trije povezani a ločeni pojavi, ki imajo skupne sprožilce, vendar se kažejo na različnih ravneh intenzivnosti in učinka (Shaffer, et al., 2017). Jeza in agresija sta pogosto napačno razumljeni kot enaka pojava, vendar gre za različno opredeljena vedenja z različno stopnjo intenzivnosti in posledicami. Jeza se pogosto pojavi kot prvi opozorilni znak potencialne eskalacije. Zanj so značilne notranja napetost, povečana vznemirjenost in nemir, ki se lahko kažejo skozi nemirno telesno govorico, povišan ton glasu, prekomerno gestikulacijo ali povečano telesno aktivnost, kot so hoja sem in tja, nervozno premikanje rok ali stopal. Čeprav sama po sebi še ni nevarna, predstavlja pomemben opozorilni znak, ki ga je treba zgodaj prepoznati (Tucker, et al., 2020). Agresija je lahko verbalna ali telesna in pogosto predstavlja pacientov odziv na občutke nemoči, izgube nadzora ali zaznanega nespoštovanja. V bolnišničnem okolju se pogosto pojavi kot obrambni mehanizem, s katerim skuša pacient izraziti stisko ali zaščititi svoje meje (Spencer, et al., 2018). Nasilje označuje končno stopnjo eskalacije in vključuje vedenje, ki resno ogroža varnost drugih – to so lahko fizični napadi, uničevanje opreme ali druge oblike intenzivnega uničevanja (Maguire, et al., 2017).

Nasilni dogodki v Sloveniji v bolnišničnem okolju niso dobro beleženi. Podatki iz tujine nam zato pomagajo pri oceni pojavnost nasilja v našem prostoru. V Združenih državah Amerike (ZDA) je kar 60 % prijavljenih primerov nasilja na delovnem mestu ravno iz zdravstvenega varstva. Iz izraelske raziskave prihaja podatek, da se je 729 zaposlenih v šestih mesecih moralo spoprijeti s približno 1500 pojavi nasilja oz. agresije. V naši državi je bilo zabeleženo, da je med 692 zaposlenimi v bolnišničnem okolju več kot 60 % že prestalo nasilje med delom. Na področju psihiatrije je bilo v enem letu v stiku z nasiljem kar 92,6 % zaposlenih, vključenih v raziskave, prav tako je bilo ugotovljeno, da je bilo od anketiranih kar 63,5 % poškodovanih skozi celotno delovno dobo (Bregar, 2017).

Preventivno opazovanje in prepoznavanje jeze ter zgodnjih znakov agresije sta ključna za preprečevanje prehoda v nasilno vedenje. V tem kontekstu je ena najpomembnejših veščin sposobnost zdravstvenega osebja, da prepozna zgodnje vedenjske in čustvene spremembe pri pacientih, kot so nenadna telesna napetost, povečana razdražljivost, motnje v vzorcih komunikacije (npr. nenadne prekinitve stika, molk, pretirano odzivanje) ali stopnjevanje telesne govorice, saj ti pogosto napovedujejo prihodnje konflikte (Tucker, et al., 2020). Zdravstveno osebje, ki zna prepoznati te znake, lahko hitreje ukrepa in z ustreznim pristopom zmanjša tveganje za nadaljnje stopnjevanje. Za uspešno obvladovanje jeze in agresije je ključno tudi poznavanje dejavnikov tveganja. Shaffer, et al. (2017) izpostavljajo, da na pojav agresije vplivajo notranji dejavniki, kot so duševne motnje, anksioznost ali halucinacije, in zunanji dejavniki, med katerimi izstopajo gneča na oddelku, pomanjkanje zasebnosti in pomanjkljiva komunikacija z osebjem. Tudi hitre menjave rutine, čakanje ali pomanjkanje informacij lahko sprožijo frustracijo, ki preraste v konflikt. Navajajo, da učinkovita prepoznavanje tveganja temelji tudi na poznavanju pacientove zgodovine. Pomembno je, da osebje ne obravnava agresijo zgolj kot simptom bolezni, temveč jo prepozna kot kompleksno, pogosto situacijsko pogojeno vedenje. To zahteva celostni pristop, ki vključuje ocenjevanje kliničnega stanja pacienta in razumevanje njegovega okolja ter socialne dinamike. Pomembno je namenjati pozornost interakciji med pacientom in osebjem, saj se številni konflikti razvijejo prav v odnosni dinamiki (Mavandadi, et al., 2016).

Zdravstvene ustanove bi za zmanjšanje pojavnosti agresije in nasilja morale pregledovati

ter uporabljati nacionalni preventivni program ter smernice in z njihovo pomočjo oblikovati programe, specifične za to problematiko. V njih naj bi bila vključena politika ničelne tolerance do nasilja, ki naj bi bila tudi javno objavljena, tako da bi bili z njo seznanjeni pacienti, svojci in obiskovalci. Prav tako je treba bodriti zdravstvene delavce, da nasilne dogodke vsakič prijavijo, postaviti protokole ukrepanja ob pojavu nasilja ter spodbujati usklajevanje ter sodelovanje med uporabo oz. izvajanjem teh protokolov (Bole, 2017). Za zmanjševanje tveganja za agresijo in nasilje je ključna tudi vloga okolja. Hallett in Dickens (2017) poudarjata, da umirjeno okolje, možnost umika, zmanjšanje senzorične obremenitve in jasna struktura rutine pomembno prispevajo k zmanjšanju napetosti. Osebe mora pacientom zagotavljati občutek varnosti in predvidljivosti, kar omogoča večjo čustveno stabilnost in zmanjšuje impulzivno vedenje. Maguire, et al. (2017) navajajo, da se v sodobnih zdravstvenih ustanovah vedno bolj uveljavljajo postopki, ki združujejo preventivne in intervencijske elemente. Ti vključujejo strukturirane ocene tveganja, uporabo individualiziranih kriznih načrtov in redno izobraževanje osebja. Avtorji izpostavljajo, da lahko kombinacija teh ukrepov pomembno zmanjša pogostost nasilnih dogodkov ter izboljša občutek varnosti pri pacientih in pri zaposlenih.

1.2 DEFINICIJA DEESKALACIJE

Deeskalacija v svojem bistvu pomeni niz načrtovanih verbalnih, neverbalnih in vedenjskih odzivov, s katerimi strokovno osebje zmanjšuje napetost in preprečuje, da bi prišlo do nadaljnjega zaostrovanja pacientovega vedenja. Gre za usmerjen in zavesten proces, katerega namen je umiriti pacientovo čustveno stanje, obenem pa ohraniti dostojanstvo. Z drugimi besedami, gre za strateški pristop, ki omogoča zdravstvenemu osebju, da obvladuje konflikte na način, ki ohranja varnost vseh vpletenih in spoštuje pacientovo dostojanstvo. Deeskalacijske tehnike predstavljajo ključen del sodobne prakse v zdravstveni oskrbi, kjer se osebje redno srečuje z vedenjskimi krizami (Spencer, et al., 2018). Čeprav obstajajo različne interpretacije pojma, raziskovalci soglašajo, da deeskalacija vključuje spretnosti, ki omogočajo preprečevanje prehoda iz jeze v fizično agresijo. Hallett in Dickens (2017) opredeljujeta deeskalacijo kot ključno orodje za ustvarjanje varnega prostora in kot alternativo uporabi prisile. Deeskalacija je tako več

kot zgolj odziv na krizo – predstavlja pristop, ki temelji na strokovni presoji, prilagajanju komunikacije ter aktivnem razumevanju vedenja pacienta. Po besedah Tucker, et al. (2020) pa je deeskalacija skupek veščin, ki jih je treba izvajati kontinuirano, ne le kot odziv na ogrožajoče situacije. Avtorji opozarjajo, da je uspešnost pristopa močno odvisna od sposobnosti osebja, da ohrani čustveno stabilnost in hkrati vzpostavi čustveno povezavo s pacientom. Mavandadi, et al. (2016) tudi poudarjajo, da uspešna deeskalacija ne pomeni, da se pacient vedno umiri, temveč da se prepreči nadaljnje stopnjevanje in da situacija ostane pod nadzorom.

Deeskalacija ni univerzalno orodje, temveč se mora vedno prilagajati specifični situaciji in posamezniku. Shaffer, et al. (2017) opozarjajo, da je vsaka krizna situacija unikatna, zato morajo zaposleni razpolagati z raznolikim naborom pristopov in s sposobnostjo hitrega prilagajanja. Pri tem ne gre le za tehniko, temveč za širši filozofski okvir pristopa k agresiji, ki daje prednost dialogu, sodelovanju in zmanjševanju škode pred nadzorom in kaznovanjem.

1.3 UPORABA DEESKALCIJSKIH TEHNIK V BOLNIŠNIČNEM OKOLJU

V preteklosti je bila v bolnišničnih okoljih pogosta uporaba prisilnih ukrepov kot odziv na agresivno ali ogrožajoče vedenje pacientov. Mednje sodijo mehanske omejitve, prisilna medikacija ter izolacija, ki so veljale za hitre in učinkovite metode zaščite pacientov in osebja. Vendar se je sčasoma pokazalo, da imajo takšni ukrepi pogosto negativne psihološke posledice za paciente in osebje ter lahko vodijo v dolgotrajno nezaupanje in travmo (Spencer, et al., 2018). Zaradi teh ugotovitev so se razvili bolj humani pristopi k obvladovanju kriznih situacij, med katerimi imajo deeskalacijske tehnike osrednjo vlogo. V zadnjih desetletjih se je v številnih zdravstvenih sistemih uveljavila miselnost, ki postavlja preprečevanje in razumevanje vedenja pred uporabo sile. Hallett in Dickens (2017) poudarjata, da je deeskalacija danes pogosto prva izbira v situacijah, kjer pacient izraža znake jeze ali verbalne agresije. Takšna praksa omogoča ohranjanje terapevtskega odnosa in zmanjšuje potrebo po fizičnih posegih. Lavelle, et al. (2016) ugotavljajo, da je deeskalacija postala sestavni del standardne prakse na večini

akutnih oddelkov za duševno zdravje, saj se ne obravnava le kot večšina, temveč kot del celostnega pristopa k obvladovanju tveganja. Njihova raziskava na več psihiatričnih oddelkih je pokazala, da je bila deeskalacija prva izbrana intervencija v več kot polovici konfliktnih situacij. Poleg tega so ugotovili, da je bila njena uporaba še posebej uspešna, kadar je osebje že v zgodnji fazi zaznalo spremembe v pacientovem vedenju. Poročajo, da so na oddelkih, kjer je deeskalacija jasno vključena v vsakodnevno delovanje, zaznali nižjo pojavnost nasilnih incidentov in redkejšo uporabo omejitvenih ukrepov. Pomemben dejavnik pri tem je tudi zaupanje osebja v lastne sposobnosti ter podpora, ki jo pri tem prejema od vodstva in sodelavcev.

V zadnjih letih se vse bolj uveljavlja uporaba specializiranih deeskalacijskih in namenskih kriznih intervencijskih timov (npr. timi D-E&R), ki so usposobljeni za hitro in strokovno reševanje eskaliranih situacij v bolnišničnem okolju (Snorrason & Biering, 2018). Ti timi so razvili rutine, ki temeljijo na zgodnji zaznavi, hitrosti odziva in usklajevanju med člani osebja. Uspešnost njihovega dela temelji na zaupanju, komunikaciji in skupnem razumevanju ciljev intervencije. Člani teh timov se redno udeležujejo usposabljanj in simulacij kriznih dogodkov, kar jim omogoča, da učinkoviteje uporabljajo deeskalacijske tehnike tudi v zelo napetih situacijah. Kljub vsemu se še vedno kažejo izzivi. Lavelle, et al. (2016) navajajo, da se na posameznih oddelkih še vedno dogaja, da so deeskalacijske tehnike uporabljene prepozno, ko je konflikt že prerastel v fizično agresijo. Poleg tega ponekod primanjkuje ustreznih kadrovskih virov, zaradi česar so posamezni člani osebja preobremenjeni in nimajo vedno možnosti izvajati deeskalacije na način, kot to predlagajo smernice. Tucker, et al. (2020) opozarjajo, da je razširjenost njihove uporabe še vedno odvisna od organizacijske kulture, dostopa do usposabljanj in osebne prizadevnosti zaposlenih. Ponekod še vedno prevladuje mnenje, da je fizična intervencija najhitrejši način za obvladovanje krize, zlasti kadar primanjkuje časa ali kadra. To nakazuje na potrebo po širšem in bolj sistematičnem vpeljevanju deeskalacije kot standarda dobre prakse.

V nekaterih primerih so bile deeskalacijske tehnike v preteklosti uporabljene neuspešno ali prepozno, kar kaže na izzive pri njihovi implementaciji. Mavandadi, et al. (2016) ugotavljajo, da osebje pogosto uporablja deeskalacijo reaktivno in ne preventivno – šele

takrat, ko se situacija že približuje točki izbruha. To lahko vodi v slabše rezultate in povečuje možnost za uporabo fizičnih ukrepov. Avtorji poudarjajo potrebo po usposabljanju, ki spodbuja razumevanje deeskalacije kot stalnice v komunikaciji, ne le kot orodja za izredne razmere. Poleg usposabljanja imata pomembno vlogo tudi arhitektura in prostorska organizacija oddelkov. Maguire, et al. (2017) izpostavljajo, da se danes vse več ustanov odloča za prostorske prilagoditve, kot so tihi prostori ali območja za umik, ki omogočajo boljše razmere za umirjanje pacientov.

1.4 PREDHODNI DEJAVNIKI, POVEZANI Z UPORABO DEESKALCIJSKIH TEHNIK

Eden ključnih dejavnikov je strokovno usposabljanje in izkušnost osebja na področju deeskalacije. Lavelle, et al. (2016) so ugotovili, da osebje, ki se redno udeležuje kakovostnih izobraževanj in simulacijskih vaj, bolje prepozna zgodnje znake agresije in hitreje ter učinkoviteje izvaja verbalne in vedenjske strategije za umirjanje pacientov. Takšno osebje poroča o večji samozavesti in občutku nadzora v konfliktnih situacijah, kar se odraža v redkejši uporabi prisilnih ukrepov. Učinek usposobljenosti ni zgolj v poznavanju tehnik, temveč tudi v sposobnosti interpretacije situacije in pravilnega časovnega odziva. Avtorji poudarjajo, da ustrezno izobraženo osebje bolje prepozna zgodnje znake eskalacije in zna primerno prilagoditi svoj pristop. Podobne ugotovitve potrjujejo tudi Mavandadi, et al. (2016), ki izpostavljajo pomen združevanja teoretičnih znanj s praktičnimi veščinami. Osebje, ki redno sodeluje v simulacijah kriznih situacij in reflektivnih razpravah po incidentih, hitreje razvije sposobnost intuitivnega prepoznavanja tveganj ter bolj suvereno uporablja komunikacijske strategije. Pri tem ni dovolj zgolj osnovno poznavanje tehnik, temveč je bistvena zmožnost prilagajanja pristopa specifičnim okoliščinam in potrebam posameznega pacienta.

Pomen na uporabo deeskalacijskih tehnik imajo tudi osebne značilnosti izvajalcev. Spencer, et al. (2018) poudarjajo, da je osebje z močno čustveno inteligenco, veliko potrpljenja in močno samorefleksijo praviloma uspešnejše pri uporabi deeskalacijskih pristopov. Zmožnost nadzora nad lastnimi čustvi, zlasti v situacijah, kjer je osebje izpostavljeno verbalnim ali vedenjskim napadom, je ključna za ohranjanje

profionalnega odnosa in umirjenega odziva. Osebj, ki zna ostati mirno in spoštljivo, tudi ko se spoprijema z visoko stopnjo stresa, bistveno prispeva k zmanjševanju napetosti. Snorrason in Biering (2018) izpostavljata, da ima timska dinamika prav tako pomembno vlogo. V okoljih, kjer prevladujejo medsebojno zaupanje, jasna razdelitev nalog in dobra komunikacija, je uporaba deeskalacijskih tehnik bistveno uspešnejša. Ko so vsi člani tima usklajeni in imajo enako razumevanje situacije, lahko hitreje in bolj učinkovito posredujejo. Po drugi strani pa pomanjkanje usklajenosti ali konflikti znotraj tima povečujejo verjetnost neuspešnih intervencij ali celo eskalacije nasilja.

Podpora vodstva ustanove je še en pomemben dejavnik, ki se pogosto pokaže kot ključni za dolgoročno uspešno uveljavljanje deeskalacijskih praks. Tucker, et al. (2020) izpostavljajo, da bolnišnice z jasno določenimi politikami deeskalacije ter aktivno podporo vodstva (npr. v obliki spodbujanja nenasilnih pristopov, rednih usposabljanj, supervizije ter spodbudne kulture, ki tudi zagotavlja čas in prostor za refleksijo) dosegajo boljše rezultate, saj osebj v teh okoljih pogosteje dojema deeskalacijo kot prvo in osnovno orodje za obvladovanje agresije. Po drugi strani pa pomanjkanje institucionalne podpore lahko vodi v nezaupanje v učinkovitost tehnik in večje zanašanje na prisilne ukrepe. Učinek na uspešnost uporabe deeskalacije imajo tudi organizacijske razmere. Maguire, et al. (2017) opozarjajo, da je na oddelkih, kjer je kadrovska podhranjenost ali visoka stopnja izčrpanosti zaposlenih, uporaba deeskalacije otežena. V takih razmerah osebj pogosto nima dovolj časa ali energije za izvajanje ustreznih korakov, kar povečuje tveganje za nenadzorovane odzive. Po drugi strani pa delovno okolje, ki je mirno, prostorsko prilagojeno in omogoča dovolj časa za intervencijo, spodbuja boljše rezultate. Lavelle, et al. (2016) prav tako navajajo, da je časovna razpoložljivost osebja pomemben predhodni dejavnik. Na oddelkih z ustreznim številom zaposlenih ima osebj boljše razmere za opazovanje sprememb v vedenju pacientov in posledično hitrejšo izvedbo deeskalacijskih strategij. Navsezadnje ima pomembno vlogo tudi institucionalna kultura. Hallett in Dickens (2017) poudarjata, da so ustanove, ki aktivno spodbujajo vrednote, kot so sočutje, sodelovanje in varnost, uspešnejše pri uveljavljanju deeskalacijskih tehnik kot standarda prakse. V takih ustanovah se razvije skupna zavest, da nasilje ni neizogiben del klinične realnosti, temveč pojav, ki ga je mogoče preprečiti ali zmanjšati z ustreznim pristopom.

1.5 KAZALNIKI USPEŠNE DEESKALACIJE

Eden najosnovnejših in najbolj neposrednih kazalnikov uspešne deeskalacije je zmanjšanje intenzivnosti pacientovega vznemirjenja. Ko pacient preide iz napetega, obrambnega ali celo agresivnega vedenja v bolj mirno in obvladano stanje, to pomeni, da so bili uporabljeni pristopi učinkoviti. Spencer, et al. (2018) navajajo, da se to pogosto kaže skozi spremembo telesne govornice – pacient prekine intenzivno mimiko telesa, zniža ton glasu, vzpostavi očesni stik ali zavzame bolj sproščeno telesno držo. Drug pomemben kazalnik je vzpostavitev sodelovalnega odnosa. Snorrason in Biering (2018) ugotavljata, da je po uspešni deeskalaciji pacient pogosto pripravljen sodelovati, poslušati predloge osebja, odgovarjati na vprašanja ali celo ponuditi svojo razlago dogodka. Takšno vedenje nakazuje, da se je občutek ogroženosti zmanjšal in da je pacient ponovno dosegel stopnjo samouravnavevanja, ki omogoča konstruktivno interakcijo. Preprečitev nadaljnjega stopnjevanja v nasilje ali uporabo prisilnih ukrepov je še en jasen kazalnik. Ko osebje uspe umiriti situacijo, ne da bi bilo treba uporabiti fizično omejevanje, medikacijo ali izolacijo, to kaže na uspešno intervencijo. Poleg neposredne koristi za pacienta pomeni to tudi manjšo fizično in psihološko obremenitev za osebje, kar dolgoročno prispeva k večji vzdržljivosti sistema (Tucker, et al., 2020). Pomemben dolgoročni kazalnik je tudi zmanjšanje števila ponavljajočih se incidentov pri posameznem pacientu. Lavelle, et al. (2016) so ugotovili, da pacienti, ki so bili v preteklosti deležni spoštljive in učinkovite deeskalacije, v prihodnje redkeje posegajo po agresivnem vedenju kot načinu izražanja stiske, torej se incidenti agresije praviloma umirijo hitreje in brez potrebe po dodatnih intervencijah. To kaže na dolgoročni učinek, pri katerem se razvije zaupanje in s tem izboljša splošna terapevtska klima. Na uspešnost deeskalacije kaže tudi pozitivna izkušnja zaposlenih, ki so izvedli intervencijo. Mavandadi, et al. (2016) ugotavljajo, da osebje, ki oceni, da je z deeskalacijo uspešno preprečilo konflikt, poroča o večji samozavesti, nižjem stresu in večjem zadovoljstvu pri delu. Občutek učinkovitosti in obvladovanja kompleksnih situacij pomembno vpliva na motivacijo in pripravljenost za uporabo teh tehnik v prihodnje. Prav tako je pomemben odziv okolja, predvsem drugih pacientov in članov tima. Če se incident zaključi brez kaosa, brez dviga napetosti na oddelku in brez ogrožanja drugih, to pomeni, da je bila intervencija izvedena diskretno in premišljeno. Hallett in Dickens (2017) opozarjata, da uspešna deeskalacija ne vpliva le na

posameznika, temveč prispeva k splošni občutljivosti in občutku varnosti na oddelku.

Z vidika organizacije so pomembni statistični kazalniki, kot so zmanjšano število prisilnih ukrepov, nižja pojavnost poškodb zaposlenih in pacientov ter skrajšan čas hospitalizacije. Tovrstni podatki so dragoceni za presojo dolgoročnih učinkov uvedbe deeskalacijskih pristopov in za odločanje o investicijah v dodatna usposabljanja ali spremembe prakse (Maguire, et al., 2017). Uspešna deeskalacija se ne meri le v odsotnosti nasilja, temveč predvsem v vzpostavitvi zaupanja, spoštljivega odnosa ter varnosti, tako za pacienta kot za osebje.

1.6 DOKAZI ZA UČINKOVITOST DEESKALACIJSKIH TEHNIK

Deeskalacijske tehnike so zadnja desetletja postale temeljna metoda za obvladovanje konfliktnih situacij v bolnišničnem okolju. Njihovo učinkovitost podpirajo številne raziskave, ki so preučevale vpliv tovrstnih intervencij na zmanjšanje incidentov agresije ter potrebe po uporabi prisilnih ukrepov. Ena najbolj obsežnih raziskav, ki potrjuje učinkovitost deeskalacijskih tehnik, je raziskava Lavelle, et al. (2016). V tej so analizirali 522 konfliktnih dogodkov na psihiatričnih oddelkih in ugotovili, da je bila deeskalacija uspešno uporabljena kot prva intervencija v več kot 60 % primerov, kjer so pacienti kazali zgodnje znake verbalne agresije ali jeze. Poleg tega so zabeležili, da se je ob ustrezni uporabi teh tehnik pomembno zmanjšala potreba po uporabi omejitvenih ukrepov. Avtorji poudarjajo, da so bili rezultati najučinkovitejši takrat, ko je bil odziv hiter in odločen, vendar hkrati empatičen in spoštljiv. Tucker, et al. (2020) so izvedli kvalitativno raziskavo med zdravstvenim osebjem in ugotovili, da je implementacija deeskalacijskih tehnik močno vplivala na zmanjšanje pogostosti konfliktov. Osebje je poročalo, da so po uvedbi rednih usposabljanj za deeskalacijo lažje obvladovali situacije z jeznimi ali agresivnimi pacienti, hkrati pa so zaznali večje zadovoljstvo med pacienti. Poleg tega so rezultati pokazali, da osebje v takšnih ustanovah manj pogosto posega po omejevalnih ukrepih, kot so osamitev ali prisilna zdravila. Tudi Snorrason in Biering (2018) v svojih ugotovitvah potrujeta visoko učinkovitost deeskalacijskih pristopov, še posebej v timih, ki so imeli jasno razdeljene vloge, visoko stopnjo medsebojnega zaupanja in dobro usposobljenost. Ugotovili so, da so člani takšnih timov lažje in hitreje prepoznali prve

znake agresije in tako uspešno preprečili eskalacijo v nasilje. Poleg tega so pacienti v teh okoljih izražali večje zadovoljstvo z obravnavo, kar kaže na dodatne koristi uporabe tehnik tudi z vidika izkušenj uporabnikov storitev. Tucker, et al. (2020) dodajajo, da poleg izobraževanj pomembno vlogo igrajo tudi vsakodnevne klinične izkušnje in možnosti za refleksijo po intervencijah. Njihova raziskava kaže, da je učinkovitost tehnik najvišja takrat, ko so del integrirane prakse, ki vključuje stalno učenje, timsko podporo in dostop do strokovnih virov. Osebe v takšnih okoljih hitreje prepozna situacije z visokim tveganjem in se nanje ustrezno odzove. Spencer, et al. (2018) v svojem pregledu literature navajajo, da ustrezno izvedena deeskalacija vodi do izboljšanja terapevtskega odnosa med pacientom in osebjem ter prispeva k večji občutljivosti za pacientove potrebe. Avtorji opozarjajo, da je učinkovitost teh tehnik še posebej izrazita v primerih, kjer se izvajajo kot del širšega pristopa, ki vključuje refleksijo, timsko sodelovanje in neprekinjeno podporo vodstva. Poleg neposrednih učinkov na zmanjšanje nasilnih dogodkov so raziskave zaznale tudi pomembne dolgoročne koristi. Hallett in Dickens (2017) poročata, da redna uporaba deeskalacije prispeva k zmanjšanju števila incidentov, počutje osebja je boljše, stres in izgorelost pa manjša. Prav tako poudarjata, da osebe v okoljih, kjer je deeskalacija vključena v vsakodnevno delo, izraža večje zaupanje v svoje sposobnosti in poroča o višji stopnji zadovoljstva pri delu. Tudi Maguire, et al. (2017) so pokazali, da uporaba deeskalacijskih pristopov vodi v zmanjšanje števila poškodb med zaposlenimi, krajše hospitalizacije ter boljšo klinično stabilizacijo pacientov. Njihova raziskava poudarja pomen strukturiranega in sistematičnega pristopa, pri čemer ima pomembno vlogo vodstvo ustanove, ki mora zagotoviti ustrezne razmere za izvajanje teh tehnik.

Kljub pozitivnim izsledkom pa raziskave izpostavljajo tudi nekatere izzive pri uporabi deeskalacijskih tehnik. Lavelle, et al. (2016) ugotavljajo, da učinkovitost deeskalacije lahko zmanjšujejo dejavniki, kot so pomanjkanje kadra, utrujenost osebja ter nezadostna podpora vodstva. V okoljih, kjer ni vzpostavljena kultura deeskalacije kot prioriteta intervencija, so rezultati praviloma slabši.

1.7 UČINKOVITE INTERVENCIJE DEESKALACIJE V PSIHIATRIČNEM BOLNIŠNIČNEM OKOLJU

V psihiatričnem bolnišničnem okolju je obvladovanje agresivnega in potencialno nasilnega vedenja ključnega pomena za zagotavljanje varnosti pacientov in zdravstvenega osebja. Učinkovite deeskalacijske intervencije vključujejo predvsem neverbalno komunikacijo, umirjeno telesno držo, prilagojen ton glasu in aktivno poslušanje (Davidović, 2023). Študije kažejo, da je prav kakovost odnosa med zdravstvenim delavcem in pacientom bistvenega pomena za uspešnost intervencije (Bowers, 2014). Pomembno je, da zdravstveno osebje hitro prepozna zgodnje opozorilne znake eskalacije, kot so spremembe v telesni govorici, ton glasu ali vedenjski vzorci, ter takoj ukrepa z verbalno pomiritvijo in postavitvijo jasnih, spoštljivih meja (Hallett & Dickens, 2017). V sklopu preventivnih strategij se kot posebej učinkovita izkazuje uporaba strukturiranih programov usposabljanja, kot je na primer metoda »Safewards«, ki temelji na modelu zmanjševanja konfliktov in gradnji zavezništva med pacienti in osebjem (Bowers, et al., 2015). Ti programi izboljšujejo samozavest in kompetence zaposlenih ter zmanjšujejo potrebo po fizičnih posegih in uporabi prisile.

2 EMPIRIČNI DEL

Deeskalacijske tehnike so najučinkovitejši ukrep pri zniževanju agresivnosti in preprečevanju nasilnih dogodkov. Pomembno je, da te tehnike raziščemo in jih implementiramo v bolnišnična okolja.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je bil s pregledom strokovne in znanstvene literature raziskati, razumeti ter celovito predstaviti deeskalacijske tehnike kot obliko komunikacije, namenjeno preprečevanju agresivnih dogodkov, zlasti v kontekstu dela z agresivnimi pacienti. Cilj diplomskega dela je bil:

- Analizirati ključne komunikacijske veščine, ki sestavljajo deeskalacijske tehnike, ter opredeliti njihov pomen pri preprečevanju agresivnega vedenja pri pacientih v bolnišničnem okolju.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na osnovi zastavljenega cilja smo oblikovali naslednje raziskovalno vprašanje:

- Katere ključne komunikacijske veščine sestavljajo deeskalacijske tehnike in kako prispevajo k preprečevanju agresivnega vedenja pri pacientih v bolnišničnem okolju?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V diplomskem delu smo raziskovalno delo izvedli z uporabo integrativnega pregleda znanstvene literature, ki omogoča celostno analizo in sintezo obstoječih spoznanj na izbranem raziskovalnem področju.

2.3.1 Metode pregleda literature

Za iskanje ustreznih virov smo uporabili naslednje znanstvene podatkovne baze:

ProQuest, Wiley Online Library & Co ter PubMed. Iskanje literature smo strukturirali na osnovi konceptualnega okvira PICO (Population, Intervention, Comparison and Outcomes), ki omogoča sistematičen pristop k iskanju in selekciji virov (Ho, et al., 2016).

Uporabili smo naslednje ključne iskalne izraze po posameznih komponentah okvira PICO:

- P (populacija): *psychiatric inpatient*,
- I (intervencija): *communication*,
- C (primerjava): ni bila posebej definirana,
- O (rezultat): *de-escalation techniques*.

V podatkovnih bazah ProQuest in Wiley Online Library & Co smo iskalne izraze med seboj povezali z Boolovim operatorjem »and«, v bazi PubMed pa smo ključne besede nizali zaporedno brez uporabe logičnih operatorjev. Postavili smo naslednje vključitvene kriterije: objavljeni članki med letoma 2015 in 2025, dostopnost celotnega besedila v angleškem jeziku in vsebinska povezanost s področjem duševnega zdravja. Izključitveni kriteriji so vključevali: članke, ki se ne nanašajo na odraslo populacijo ter vire, ki ne obravnavajo deeskalacijskih tehnik znotraj zdravstvenega ali socialnovarstvenega konteksta.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Vire, pridobljene z uporabo konceptualnega okvirja PICO, smo natančno ovrednotili in jih kvantitativno prikazali v tabelarični obliki ter shematsko ponazorili s PRISMA diagramom (*Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta Analysis*) (Moher, et al., 2015). Vsak zadek smo pregledali glede na pomembnost za zastavljeno temo in raziskovalno vprašanje. Skupno smo z uporabo izbranih ključnih besed pridobili 4818 zadetkov (tabela 1). V prvi fazi smo pregledali naslove člankov in izločili podvojene ter nepomembne vire. V naslednjem koraku smo opravili analizo povzetkov in na tej osnovi izbrali 270 zadetkov za nadaljnji pregled celotnega besedila. Po podrobnejši vsebinski analizi smo zaradi neustreznosti iz raziskave izključili 254 člankov, saj niso ustrezno naslavljali raziskovalnega vprašanja ali niso izpolnjevali vnaprej določenih

vklučitvenih kriterijev. V končni nabor pregleda literature smo tako vključili 16 vsebinsko ustreznih znanstvenih člankov, ki predstavljajo osnovo za analizo in interpretacijo ugotovitev v diplomskem delu.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Število pregledanih raziskav	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
ProQuest	»psychiatric inpatient AND communication AND de-escalation techniques«	1312	48	6
Wiley	»psychiatric inpatient AND communication AND de-escalation techniques«	3495	214	3
PubMed	»psychiatric inpatient communication de-escalation techniques«	11	8	7
Skupaj		4818	270	16

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Kot metodo sinteze zbranih podatkov smo uporabili tematsko analizo pregledanih virov, kot jo opredeljuje Aveyard (2019). Avtorica poudarja, da tematska analiza temelji na načelih kvalitativne vsebinske analize, kar pomeni sistematično prepoznavanje, kodiranje in razvrščanje vsebinskih enot, ki so bistvene za raziskovalno vprašanje. Vsebino izbranih virov smo najprej kodirali, pri čemer smo identificirali ključne besedne zveze, ideje in vzorce. V naslednjem koraku smo vsebinsko sorodne kode združili v širše teme, ki odražajo osrednje koncepte, povezane z deeskalacijskimi tehnikami v bolnišničnem okolju.

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

V našem pregledu literature smo za oceno kakovosti uporabili hierarhijo dokazov po Polit in Beck (2021). Za prvi nivo – sistematični pregledi literature, ni bilo najdenih virov. Tudi za drugi nivo, ki ga predstavljajo randomizirane klinične raziskave, ni bilo najdenih virov.

Na nivoju nerandomiziranih kliničnih raziskav smo vključili eno raziskavo (Christensen, et al., 2022). Sistematični pregledi neeksperimentalnih (opazovalnih) raziskav zajemajo štiri raziskave (Engel, et al., 2020; Hamm, et al., 2022; Brenig, et al., 2023; Royston, et al., 2023). Na nivoju neeksperimentalnih (opazovalnih) raziskav smo vključili eno raziskavo (Lavelle, et al., 2016). Prav tako smo vključili štiri raziskave z mešanimi metodami (Muhammad, et al., 2021; Dawson, et al., 2024; Grundy, et al., 2024; Price, et al., 2024). Sistematične preglede oziroma metasinteze kvalitativnih raziskav predstavlja ena raziskava (Butterworth, et al., 2022). Največ, pet raziskav, smo vključili na nivoju kvalitativnih oziroma opisnih raziskav (Price, et al., 2018; Badeaux, et al., 2020; Tucker, et al., 2020; Johnston, et al., 2022; Sollied, et al., 2023). Neraziskovalnih virov oziroma mnenj nismo vključili.

Prevladovanje nižjih nivojev hierarhije dokazov v našem pregledu omejuje možnosti posploševanja sklepov, vendar hkrati omogoča bogat in podroben vpogled v različne vidike raziskovanega fenomena. Štirih virov izmed šestnajstih nismo vključili v tabelo 2 po hierarhiji Polita in Becka (2021), saj so raziskave v teh virih po metodologiji mešane zasnove, ki pa jih Polit in Beck (2021) nista upoštevala v hierarhiji dokazov. Kakovost raziskave pri mešanih metodah bi lahko ocenjevali na način, da bi ocenjevali vsako raziskovalno metodo posebej, vendar je to malo težje, saj je po našem mnenju treba upoštevati tudi kontekst zaradi katerega je bila mešana raziskava zasnovana.

Tabela 2: Hierarhija dokazov

Nivo	Število virov	Viri
Sistematični pregledi/metaanalize randomiziranih kliničnih raziskav	0	
Posamezne randomizirane klinične raziskave	0	
Nerandomizirane klinične raziskave (kvazi eksperimenti)	1	Christensen, et al., 2022
Sistematični pregledi neeksperimentalnih (opazovalnih) raziskav	4	Engel, et al., 2020; Hamm, et al., 2022; Brenig, et al., 2023; Royston, et al., 2023.
Neeksperimentalne/opazovalne raziskave	1	Lavelle, et al., 2016
Sistematični pregledi/metasinteze kvalitativnih raziskav	1	Butterworth, et al., 2022
Kvalitativne/opisne raziskave	5	Price, et al., 2018; Badeaux, et al., 2020; Tucker, et al., 2020; Johnston, et al., 2022; Sollied, et al., 2023.

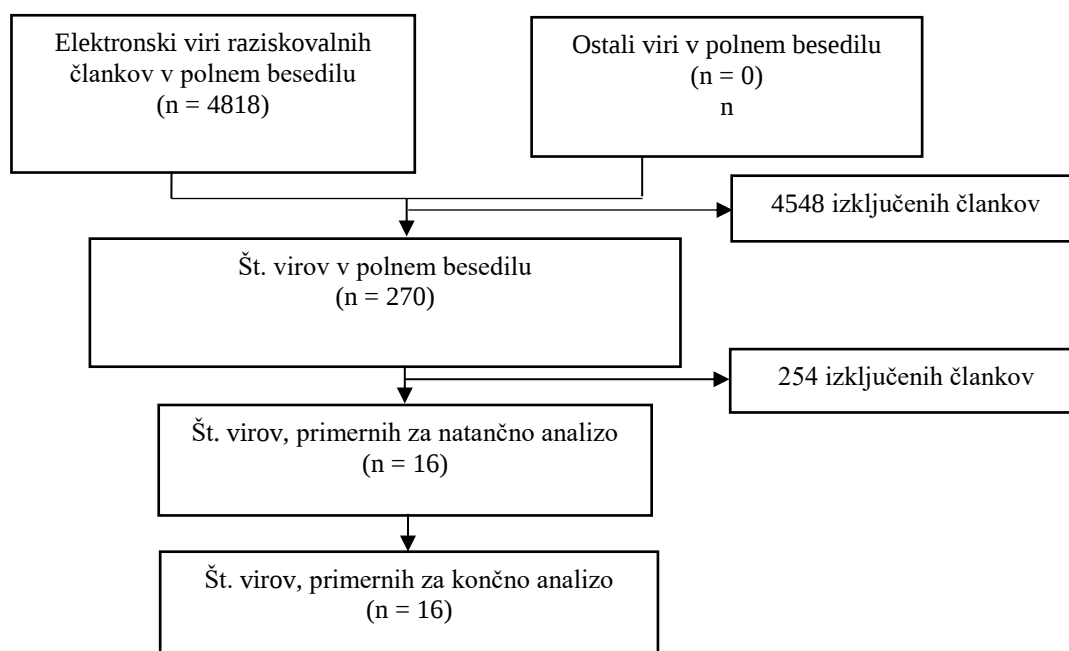
Nivo	Število virov	Viri
Neraziskovalni viri (mnenja ...)	0	

(Polit & Beck, 2021)

2.4 REZULTATI

2.4.1 PRISMA diagram

Vire oz. zadetke, ki smo jih našli s ključnimi besedami, smo pregledali, uredili in predstavili tabelarično in shematsko. Na sliki 1 je prikazan celoten postopek pridobivanja literature z diagramom PRISMA (Moher, et al., 2015). V končni analizi smo uporabili 16 virov.



Slika 1: PRISMA diagram
(Moher, et al., 2015)

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

Za prikaz rezultatov smo uporabili tabelarični prikaz, v katerem smo predstavili vseh 16 člankov, ki smo jih uporabili v diplomskem delu. Tabela 3 vsebuje avtorje, leto izdaje raziskave, uporabljeno metodologijo, vzorec raziskave in na kratko opisana ključna

spoznanja.

Tabela 3: Tabelarni prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Namen in cilji raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Lavelle, et al.	2016	Retrospektivna analiza	Raziskati dejavnike, ki vplivajo na uspešno uporabo deeskalacijskih tehnik pri reševanju konfliktov v psihiatričnih enotah.	522 pacientov (Velika Britanija)	Uspešna deeskalacija temelji na verbalnih veščinah (miren govor, aktivno poslušanje) in neverbalnih veščinah (primerna telesna drža, spoštovanje osebnega prostora). Ključni so hitra odzivnost, prepoznavanje zgodnjih znakov agresije in prilagojeni komunikacijski pristopi.
Price, et al.	2018	Kvalitativna raziskava	Opredeliti deeskalacijske tehnike in dejavnike, ki vplivajo na njihovo uspešnost pri obvladovanju nasilja v psihiatričnih okoljih.	20 članov osebja (Velika Britanija)	Ključne veščine učinkovite deeskalacije vključujejo uporabo ustreznega jezika in tona govora, aktivno poslušanje in izražanje empatije do pacienta ter upoštevanje njegovih čustvenih potreb. Uspešna deeskalacija zahteva jasno komunikacijo, hitro prepoznavanje sprožilcev agresije, prilagodljivost odzivov glede na okoliščine, sposobnost vzdrževanja ravnotežja med nadzorom

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Namen in cilji raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
					situacije in podpora pacientom ter sodelovalni pristop osebja v kriznih situacijah.
Badeaux, et al.	2020	Kvalitativna raziskava	Raziskati, kako psihiatrično osebje uporablja deeskalacijske tehnike med soočanjem z agresivnimi pacienti ter kako doživljajo lastno vlogo pri deeskalaciji.	10 medicinskih sester (Danska)	Ključne veščine vključujejo: empatično komunikacijo, ohranjanje mirnosti, uporabo tihe prisotnosti, prepoznavanje pacientovih potreb, spoštovanje osebnega prostora ter zavedanje lastnih čustev in reakcij med interakcijami. Poudarjena je tudi pomembnost podpore in timskega sodelovanja.
Engel, et al.	2020	Sistematični pregled literature	Oceniti učinkovitost deeskalacijskih usposabljanj.	Pregled 64 raziskav (ZDA)	Ključne deeskalacijske veščine vključujejo: aktivno poslušanje, mirno in spoštljivo verbalno komunikacijo, nevpadljivo telesno govorico, izogibanje provokativnim izrazom, prepoznavanje in razumevanje čustvenega stanja sogovornika, empatičen pristop, taktiko »upočasnitve« interakcije ter ustvarjanje varnega prostora za komunikacijo. Usposabljanja so imela pozitiven vpliv na vedenje,

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Namen in cilji raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
					vendar so potrebne nadaljnje raziskave za oceno dolgoročnih učinkov na zmanjšanje uporabe sile.
Tucker, et al.	2020	Kvalitativna raziskava	Preučiti izkušnje medicinskih sester pri prepoznavanju in obvladovanju agitacije pri pacientih v psihiatričnih bolnišnicah ter skladnost teh izkušenj z najboljšimi praksami.	20 medicinskih sester (Avstralija)	Medicinske sestre uporabljajo klinično znanje, ocenjevalne protokole in informacije pacientov za individualizirane pristope. Ključne veščine vključujejo zgodnje prepoznavanje agitacije, individualizirano komuniciranje, aktivno poslušanje in vključevanje pacientov v odločanje, kar se ujema s priporočili najboljših praks in oskrbe, osredotočene na pacienta.
Muhammad, et al.	2021	Raziskava mešanih metod (kvantitativno-kvalitativna)	Oceniti učinkovitost usposabljanja zdravstvenega osebja za deeskalacijo nasilja v urgentnih oddelkih.	200 zdravstvenih delavcev iz dveh terciarnih bolnišnic (Pakistan)	Usposabljanje je znatno izboljšalo samozavest zdravstvenega osebja pri obvladovanju agresivnih pacientov, splošno zadovoljstvo in zmanjšalo izgorelost, ni pa bistveno zmanjšalo pojavnosti nasilja. Ključne veščine vključujejo učinkovito komunikacijo,

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Namen in cilji raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
					empatijo, poslušanje in upravljanje čustvenih odzivov.
Butterworth, et al.	2022	Tematska sinteza kvalitativnih raziskav	Raziskati izkušnje pacientov in osebja glede omejitvenih praks v akutnih psihiatričnih okoljih.	Pregled 21 kvalitativnih raziskav (Velika Britanija, ZDA, Avstralija, Norveška, Hong Kong, Finska, Kanada, Nova Zelandija, Irska, Iran, Brazilija)	Deeskalacijske veščine vključujejo: učinkovito komunikacijo, psihološko podporo po incidentih, alternativne pristope, izboljšanje odločanja ter zmanjševanje omejitvenih praks za boljše psihično in fizično počutje pacientov in osebja.
Christensen, et al.	2022	Kvazieksperimentalna raziskava	Preučiti učinke izobraževalnega programa deeskalacije na psihiatrične medicinske sestre.	443 zdravstvenih delavcev v psihiatriji (Južna Koreja)	Veščine deeskalacije, razvite skozi program, vključujejo: aktivno poslušanje in odprto komunikacijo, empatičen in spoštljiv pristop, samouravnavanje in nadzor nad lastnimi čustvi, upravljanje prostora (npr. vzdrževanje varne razdalje), učinkovito verbalno intervencijo z mirnim tonom glasu, uporabo strategij za zmanjševanje napetosti (npr. ponavljanje, preusmeritev, ponudba alternativ) ter krepitev samozavesti in

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Namen in cilji raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
					občutka zmožnosti pri preprečevanju eskalacije. Po izobraževanju so bile zaznane pomembne izboljšave v samozavesti, znanju in uporabi veščin, ob hkratnem zmanjšanju agresivnega vedenja pacientov.
Hamm, et al.	2022	Sistematični pregled literature	Uporaba TeamSTEPPS modela pri obvladovanju akutne agitacije v splošnih bolnišnicah z namenom izboljšanja vodenja in timskega dela.	Ni navedenega števila virov, vključenih v raziskavo (ZDA)	Ključne veščine vključujejo učinkovito komunikacijo, hitro prepoznavanje kriznih situacij, aktivno poslušanje, jasne vodstvene naloge, uporabo varnostnih protokolov in modeliranje terapevtskega vedenja. TeamSTEPPS okvir omogoča strukturirano timsko sodelovanje, kar poveča varnost pacientov in osebja v akutnih situacijah.
Johnston, et al.	2022	Kvalitativna raziskava	Identificirati individualne, kulturne in sistemske ovire ter spodbujevalce pri implementaciji deeskalacije v forenzičnih psihiatričnih okoljih.	12 pacientov in 18 članov osebja (Avstralija)	Ključne veščine deeskalacije so vzpostavljanje odnosov, emocionalno uravnavanje, razumevanje pacientov, spoštovanje osebnega prostora, primerna komunikacija ter prilagodljivo odzivanje.

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Namen in cilji raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
					Intervencije naj vključujejo izboljšanje okolja, sodelovanje pacientov pri zdravljenju ter usposabljanje osebja.
Brenig, et al.	2023	Sistematični pregled literature	Pregledati učinkovitost usposabljanja osebja za deeskalacijske tehnike za znižanje pojavnosti nasilnih dogodkov v forenzičnih psihiatričnih okoljih.	Pregled 5 raziskav (Izrael, Norveška, Velika Britanija, Avstralija)	Ključne veščine vključujejo verbalne in neverbalne komunikacijske tehnike, empatijo, emocionalno uravnavanje ter ocenjevanje tveganja. Usposabljanja niso znatno zmanjšala nasilja, so pa povečala občutek varnosti pri osebju.
Royston, et al.	2023	Sistematičen pregled literature	Raziskati delovanje kompleksnih intervencij za obvladovanje agresivnega vedenja pri osebju z intelektualnimi motnjami ter definirati, kateri pristopi učinkujejo na katere posameznike in v katerih okoliščinah.	Pregled 59 raziskav (Velika Britanija, ZDA, Nizozemska, Kanada, Irska, Nova Zelandija, Kitajska, Avstralija, Švedska, Singapur)	Ključne veščine deeskalacije vključujejo prepoznavanje in uravnavanje čustev, uporabo senzoričnih pristopov, vključevanje posameznika v smiselne aktivnosti, personalizirano prilagajanje vsebine intervencije, vzpostavljanje zaupanja, učinkovito komunikacijo, aktivno poslušanje ter krepitev sodelovalnih odnosov med osebjem, družino in pacientom za zmanjšanje konfliktov in izboljšanje komunikacije.

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Namen in cilji raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Sollied, et al.	2023	Kvalitativna raziskava	Raziskati izkušnje zdravstvenih delavcev z ustvarjanjem varnega in skrbnega ozračja v vsakdanjem življenju pacientov na oddelkih za forenzično duševno zdravje.	16 zdravstvenih delavcev iz oddelkov za forenzično duševno zdravje (Norveška)	Najpomembnejši dejavniki varnega okolja na oddelkih za duševno zdravje so: vzpostavljanje pomirjujočega ozračja (zagotavljanje varnega, udobnega in zaupljivega okolja), stabilnost (ustvarjanje jasnih in stabilnih dnevnih rutin ter predvidljivega okolja, kar zmanjšuje občutke negotovosti), prisotnost in pozornost, empatična in spoštljiva komunikacija, timsko sodelovanje, zgodnja intervencija in hitro ukrepanje, uporaba deeskalacijskih tehnik, kontinuirano izobraževanje in usposabljanje osebja, sistematično izvajanje ocene tveganja ter podporni sistemi za osebje.
Dawson, et al.	2024	Pilotna raziskava z uporabo mešanih metod	Ovrednotiti smiselnost programa Safewards za zmanjšanje uporabe omejevalnih praks v domovih za starejše.	200 zaposlenih kot negovalno osebje v dveh domovih za ljudi z demenco in posebnimi potrebami, 12 stanovalcev teh domov in 12 sorodnikov stanovalcev (Avstralija)	Ključne veščine deeskalacije vključujejo: uporabo empatične in prijazne komunikacije (mehke besede), aktivno poslušanje, jasno komunikacijo, obvladovanje

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Namen in cilji raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
					čustvenih odzivov, občutljivo posredovanje slabih novic, vzpostavljanje dobrih odnosov s pacienti, pomoč pri umirjanju po stresnih dogodkih ter uporabo alternativnih metod, kot sta humor in pozitivne besede za zmanjšanje napetosti.
Grundy, et al.	2024	Pilotna raziskava mešanih metod	Oceniti sprejemljivost in zaslediti učinek izobraževalnega programa za deeskalacijo nasilja in agresije, ki temelji na načelih informiranosti o travmi.	214 zaposlenih iz več enot za duševno zdravje (Velika Britanija)	Veščine deeskalacije, ki so bile naučene skozi program, vključujejo: razumevanje vpliva travme na razvoj, delovanje možganov, spomin in čustveno uravnavanje; sposobnost ustvarjanja okolij, občutljivih za travmo, z uporabo načel komunikacije in prepoznavanja ponovitev zanemarjanja in zlorab; razumevanje agresivnih vedenjskih vzorcev ter prilagajanje verbalne komunikacije glede na namen agresije; uporaba senzoričnih strategij in sočutnega pristopa k osebam, ki slišijo glasove, za zagotavljanje

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Namen in cilji raziskave	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
					občutka varnosti. Udeleženci so poročali o večji samozavesti in znanju pri obvladovanju kriznih situacij.
Price, et al.	2024	Sistematični pregled literature in izvedljivostna raziskava	Razviti in ovrednotiti intervencijo za deeskalacijo v psihiatričnih enotah z metodologijo Experience-based Co-design. Intervencija je bila ovrednotena z nenadzorovano pred- in pointervencijsko raziskavo ter s kvalitativnimi intervjuji.	Pregled 46 raziskav (Nova Zelandija, Velika Britanija, ZDA, Švedska, Kanada, Švica, Nemčija, Nizozemska), 26 pacientov in 20 zaposlenih (Velika Britanija)	Deeskalacijske tehnike vključujejo učinkovito komunikacijo (aktivno poslušanje, pomirjujoče verbalne odzive), obvladovanje čustev (empatično odzivanje, umirjanje), zmanjševanje napetosti (spoštovanje osebnega prostora, varna govorica telesa) in strategije obvladovanja tveganj (prepoznavanje opozorilnih znakov, načrtovanje odziva na agresijo).

Tabela 4 prikazuje sintezo uporabljenih virov v pregledu literature, kjer smo po metodi Aveyardove (2019) analizirali 24 kod, ki smo jih uvrstili v 5 tem : verbalna komunikacija, neverbalna komunikacija in osebni prostor, psihološka podpora in upravljanje čustev, varnost in zmanjševanje omejitvenih ukrepov ter izobraževanje in usposabljanje osebja.

Tabela 4: Razporeditev kod po temah

Tema	Koda	Avtorji
T 1: Verbalna komunikacija	Aktivno poslušanje - empatično in spoštljivo izražanje - jasno in mirno govorjenje - uporaba taktik za zmanjševanje napetosti - ponavljanje informacij - preusmerjanje pozornosti -	Lavelle, et al., 2016; Price, et al., 2018; Badeaux, et al., 2020; Engel, et al., 2020; Tucker, et al., 2020; Muhammad, et al., 2021;

Tema	Koda	Avtorji
	ponujanje alternativ - jasno izražanje pričakovanj in namenov	Butterworth, et al., 2022; Christensen, et al., 2022; Hamm, et al., 2022; Johnston, et al., 2022; Brenig, et al., 2023; Royston, et al., 2023; Sollied, et al., 2023; Dawson, et al., 2024; Grundy, et al., 2024; Price, et al., 2024.
T 2: Neverbalna komunikacija in osebni prostor	Pozitivna govorica telesa - primerna telesna drža - spoštovanje osebnega prostora pacientov - vzdrževanje primerne varnostne razdalje	Lavelle, et al., 2016; Badeaux, et al., 2020; Engel, et al., 2020; Christensen, et al., 2022; Johnston, et al., 2022; Brenig, et al., 2023; Dawson, et al., 2024; Price, et al., 2024.
T 3: Psihološka podpora in upravljanje čustev	Čustveno uravnavanje - obvladovanje lastnih čustev - empatija do pacientov - zagotavljanje psihološke podpore pacientom - zagotavljanje psihološke podpore osebju	Lavelle, et al., 2016; Badeaux, et al., 2020; Muhammad, et al., 2021; Butterworth, et al., 2022; Christensen, et al., 2022; Johnston, et al., 2022; Royston, et al., 2023; Sollied, et al., 2023; Dawson, et al., 2024; Grundy, et al., 2024; Price, et al., 2024.
T 4: Varnost in zmanjševanje omejitvenih ukrepov	Ustvarjanje varnega okolja - zmanjševanje potrebe po omejitvenih praksah in fizični sili - spodbujanje uporabe alternativnih metod za obvladovanje agresivnosti	Price, et al., 2018; Engel, et al., 2020; Butterworth, et al., 2022; Hamm, et al., 2022; Brenig, et al., 2023; Royston, et al., 2023; Sollied, et al., 2023; Dawson, et al., 2024.
T 5: Izobraževanje in usposabljanje osebja	Kontinuirano usposabljanje - izobraževanje za učinkovito uporabo deeskalacijskih tehnik - razvoj samozavesti - razvoj zmožnosti zaposlenih	Engel, et al., 2020; Tucker, et al., 2020; Muhammad, et al., 2021; Christensen, et al., 2022; Brenig, et al., 2023; Grundy, et al., 2024.

2.5 RAZPRAVA

Namen našega diplomskega dela je bil raziskati ključne komunikacijske veščine, ki sestavljajo deeskalacijske tehnike ter opredeliti njihov pomen pri preprečevanju agresivnega vedenja pri pacientih v bolnišničnem okolju. V skladu s tem namenom smo si postavili cilj: analizirati ključne komunikacijske veščine, ki sestavljajo deeskalacijske tehnike ter opredeliti njihov pomen pri preprečevanju agresivnega vedenja pri pacientih

v bolnišničnem okolju. Na podlagi pregleda literature lahko ključne komunikacijske veščine, ki sestavljajo deeskalacijske tehnike, razdelimo v tri glavne tematske sklope: verbalna komunikacija, neverbalna komunikacija in osebni prostor ter psihološka podpora in upravljanje čustev. Poleg teh smo identificirali tudi dve podporni intervenciji – ustvarjanje varnega okolja in zmanjševanje uporabe omejitvenih ukrepov ter izobraževanje in usposabljanje osebja – ki pomembno prispevata k uspešni implementaciji deeskalacijskih pristopov v praksi. Uspešno obvladovanje agresivnega vedenja torej temelji na kombinaciji komunikacijskih veščin in sistemskih podpornih ukrepov, ki skupaj omogočajo varno, spoštljivo in učinkovito bolnišnično obravnavo. V nadaljevanju bomo naše trditve podrobneje obrazložili.

Tema »Verbalna komunikacija« predstavlja ključni element uspešne deeskalacije agresivnih situacij v bolnišničnem okolju. Raziskovalci poudarjajo pomen aktivnega poslušanja, ki omogoča, da se pacienti počutijo slišane, kar bistveno vpliva na občutek frustracije in agresije (Badeaux, et al., 2020; Engel, et al., 2020). Empatično in spoštljivo izražanje je prav tako osrednja veščina, ki jo raziskovalci opisujejo kot ključno za vzpostavljanje zaupanja in spoštovanja med zdravstvenim osebjem in pacienti, kar prispeva k pozitivnemu razpletu konfliktnih situacij (Brenig, et al., 2023; Grundy, et al., 2024). Jasno in mirno govorjenje omogoča učinkovito komunikacijo, pri čemer je pomembna tudi uporaba specifičnih taktik za zmanjševanje napetosti, kot so ponavljanje informacij in preusmerjanje pozornosti pacienta (Royston, et al., 2023; Sollied, et al., 2023). Ponavljanje informacij pacientom omogoča boljše razumevanje in pomirja njihovo negotovost (Tucker, et al., 2020). Preusmerjanje pozornosti pa lahko uspešno zmanjša intenzivnost pacientovega agresivnega vedenja, saj preusmeri njegovo miselno pozornost na manj stresne vsebine ali dejavnosti (Lavelle, et al., 2016; Dawson, et al., 2024). Ponujanje alternativ pacientom omogoča, da občutijo določeno mero kontrole in avtonomije v konfliktnih situacijah, kar zmanjšuje njihovo frustracijo in posledično agresivnost (Christensen, et al., 2022; Royston, et al., 2023). Prav tako je izjemno pomembno, da osebje jasno izraža pričakovanja in namene, saj jasna komunikacija zmanjšuje možnost napačnih interpretacij, ki lahko situacijo še dodatno stopnjujejo (Engel, et al., 2020; Grundy, et al., 2024). Ugotovitve raziskav torej jasno kažejo, da je dobro razvita verbalna komunikacija bistvena za uspešno izvajanje deeskalacijskih tehnik

ter da lahko pomembno prispeva k izboljšanju kakovosti oskrbe pacientov v bolnišničnih ustanovah.

Tema »Neverbalna komunikacija in osebni prostor« igra pomembno vlogo pri obvladovanju agresivnih situacij v bolnišničnem okolju. Pozitivna govorica telesa, kot so odprta drža telesa, vzpostavljanje očesnega stika in sproščena mimika obraza, pripomore k vzpostavitvi zaupanja in zmanjšanju obrambnih reakcij pacientov (Badeaux, et al., 2020; Dawson, et al., 2024). Christensen, et al. (2022) poudarjajo, da primerna telesna drža, kot je obrnjeno telo proti pacientu brez ogrožajoče drže, jasno izraža spoštovanje in empatijo, kar zmanjšuje možnost za agresivne odzive. Spoštovanje osebnega prostora pacientov je prav tako ključno, saj poseg v osebni prostor pogosto povzroči občutke ogroženosti in lahko hitro sproži agresivno vedenje (Engel, et al., 2020). Raziskave so pokazale, da vzdrževanje primerne varnostne razdalje zagotavlja občutek varnosti tako za pacienta kot za zdravstveno osebje ter občutno zmanjšuje možnost eskalacije konflikta (Lavelle, et al., 2016; Christensen, et al., 2022). Skupaj navedeni dejavniki neverbalne komunikacije pomembno pripomorejo k učinkovitemu obvladovanju napetih situacij, kar dobro vpliva na splošno kakovost zdravstvene obravnave v bolnišničnih ustanovah.

Tema »Psihološka podpora in upravljanje čustev« prikazuje še dva temeljna dejavnika za uspešno obvladovanje agresivnega vedenja v bolnišničnih okoljih. Čustveno uravnavanje, ki jo raziskovalci opredeljujejo kot sposobnost obvladovanja in uravnavanja lastnih čustvenih odzivov, ima močen učinek na profesionalno ravnanje zaposlenih v stresnih situacijah (Badeaux, et al., 2020; Grundy, et al., 2024). Brenig, et al. (2023) poudarjajo, da obvladovanje lastnih čustev zdravstvenega osebja preprečuje prenos negativnih čustev na paciente, kar lahko pomembno zmanjša tveganje za agresivne reakcije. Empatija do pacientov je dodatno izpostavljena kot ključna komponenta psihološke podpore, saj omogoča boljše razumevanje pacientove perspektive in občutkov ter izboljšuje interakcijo in zmanjšuje napetosti (Christensen, et al., 2022; Dawson, et al., 2024). Butterworth, et al. (2022) ter Lavelle, et al. (2016) ugotavljajo, da zagotavljanje psihološke podpore pacientom zmanjšuje tveganje za agresivno vedenje in izboljša splošno kakovost oskrbe ter povečuje zadovoljstvo pacientov z zdravstvenimi storitvami. Royston, et al. (2023) ter Sollied, et al. (2023) prav tako opozarjajo na pomembnost

zagotavljanja psihološke podpore zaposlenim, kar vključuje izobraževanje in supervizijo, s ciljem krepite njihovih čustvenih in psiholoških zmožnosti, potrebnih za učinkovito spoprijemanje z zahtevnimi situacijami v praksi. Skupno raziskave kažejo, da celostna psihološka podpora pacientom in zaposlenim bistveno prispeva k zmanjševanju agresivnih incidentov ter k izboljšanju splošne kakovosti bolnišnične oskrbe.

Tema »Varnost in zmanjševanje omejitvenih ukrepov« ne pojasnjuje ključnih komunikacijskih veščin, vendar smo jo ravno tako analizirali, saj je ključna pri zagotavljanju uspešnih verbalnih deeskalacijskih veščin. Ustvarjanje varnega okolja zmanjšuje občutke ogroženosti pri pacientih in krepi občutek varnosti pri osebju, kar prispeva k zmanjševanju napetosti in agresivnih izbruhov (Engel, et al., 2020; Royston, et al., 2023). Brenig, et al. (2023) poudarjajo, da sistematični pristopi k varnosti, ki vključujejo jasno opredeljene postopke in predhodno preprečevanje konfliktov, bistveno zmanjšajo potrebo po omejitvenih praksah, kot so prisilne omejitve ali uporaba fizične sile. Raziskave opozarjajo, da uporaba restrikcij velikokrat slabo vpliva na počutje pacientov, povzroča travmatične izkušnje in lahko dodatno povečuje agresivno vedenje (Butterworth, et al., 2022; Dawson, et al., 2024). Zato avtorji priporočajo spodbujanje alternativnih metod, kot so tehnike deeskalacije, komunikacijske strategije ter zagotavljanje psihološke podpore, ki so se izkazale kot učinkovite pri obvladovanju agresivnosti brez uporabe sile (Sollied, et al., 2023). Alternativni pristopi ne zmanjšujejo le tveganja za poškodbe pacientov in osebja, ampak tudi prispevajo k izboljšanju terapevtskih odnosov, krepijo medsebojno zaupanje in povečujejo splošno zadovoljstvo z obravnavo (Royston, et al., 2023; Dawson, et al., 2024). Na osnovi teh ugotovitev je jasno, da vlaganje v varno okolje in uporabo neomejitvenih tehnik pomembno izboljša kakovost bolnišnične oskrbe in omogoča učinkovitejše obvladovanje potencialno konfliktnih situacij.

Zadnji tematski sklop »Izobraževanje in usposabljanje osebja« poudarja pomen dveh dejavnikov, ki omogočata razvoj ključnih komunikacijskih veščin ter uspešno implementacijo deeskalacijskih tehnik v bolnišničnih ustanovah. Kontinuirano usposabljanje zagotavlja zaposlenim potrebne veščine in znanja, ki so ključni za učinkovito prepoznavanje, preprečevanje in obvladovanje agresivnih situacij

(Christensen, et al., 2022; Brenig, et al., 2023). Engel, et al. (2020) poudarjajo, da ustrezno izobraženo osebje lažje prepozna zgodnje znake eskalacije agresivnega vedenja ter lahko pravočasno uporabi učinkovite preventivne strategije, s čimer pomembno prispeva k zmanjšanju resnosti konfliktov. Usposabljanja ne izboljšujejo zgolj tehničnih sposobnosti, temveč pomembno prispevajo tudi k večji samozavedi osebja pri uporabi deeskalacijskih metod, kar posledično vodi v bolj samozavestno in umirjeno ravnanje tudi v zahtevnejših situacijah (Tucker, et al., 2020; Grundy, et al., 2024). Raziskave izpostavljajo, da pomanjkanje rednega usposabljanja pogosto vodi v nezadostno odzivanje ali pretirano uporabo omejitvenih ukrepov zaradi občutka nemoči in negotovosti osebja (Christensen, et al., 2022). Zato raziskovalci priporočajo redna in sistematična izobraževanja, ki omogočajo zaposlenim kontinuiran razvoj potrebnih zmožnosti, kar dolgoročno vodi v zmanjšanje števila agresivnih incidentov, izboljšanje kakovosti odnosov med osebjem in pacienti ter večje zadovoljstvo pri delu (Engel, et al., 2020; Tucker, et al., 2020; Brenig, et al., 2023). S temi sklepi je poudarjena nujnost kontinuiranega vlaganja v strokovno izobraževanje osebja, ki predstavlja osnovo za omogočanje varne in učinkovite bolnišnične oskrbe.

2.5.1 Omejitve raziskave

Naša raziskava je imela več omejitev, ki jih je treba upoštevati pri interpretaciji rezultatov. Najprej velja poudariti, da smo se pri oblikovanju razprave oprli zgolj na omejeno število izbranih znanstvenih virov, zaradi česar ugotovitve morda ne vključujejo vseh bistvenih perspektiv in dognanj v obravnavi agresivnosti v bolnišničnih okoljih. Nadalje, naša analiza temelji izključno na virih v angleškem jeziku, kar pomeni, da nismo zajeli literature v slovenskem jeziku ali drugih tujih jezikih, s čimer smo lahko izpustili pomembna spoznanja, ki jih vsebujejo tovrstni viri. Čeprav smo v raziskavi uporabili kakovostne znanstvene vire, področje še vedno spremljajo številne metodološke in konceptualne omejitve. Ena izmed ključnih težav je, da področje deeskalacije še ni dovolj raziskano in sistematizirano. Viri pogosto uporabljajo različno terminologijo in ne ponujajo enotnih definicij specifičnih veščin, kar otežuje primerljivost rezultatov in oblikovanje univerzalnih smernic. Poleg tega smo opazili prevladujočo uporabo kvalitativnih metod in subjektivnih izkušenj zaposlenih, pri čemer izrazito primanjkuje

empiričnih in kvantitativnih raziskav, ki bi omogočale natančnejše vrednotenje učinkovitosti posameznih komponent deeskalacije. Pomembna dodatna omejitev je pomanjkanje raziskav, ki bi vključevale perspektivo pacientov, kar pomeni, da razumevanje, kako pacienti doživljajo različne deeskalacijske tehnike, ostaja omejeno. Prav tako ostaja premalo raziskan vpliv različnih kulturnih, organizacijskih in sistemskih dejavnikov na uspešno izvajanje teh tehnik v vsakdanji klinični praksi. Te omejitve predstavljajo pomembno izhodišče za nadaljnje raziskovalno delo, ki bi moralo obravnavati navedene pomanjkljivosti in s tem prispevati k boljšemu razumevanju področja.

2.5.2 Doprinos za stroko ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

To diplomsko delo pomembno prispeva k stroki zdravstvene nege, saj ponuja celovit pregled in analizo ključnih komponent uspešnih deeskalacijskih tehnik v bolnišničnih ustanovah. Z identifikacijo in s podrobno analizo učinkovite verbalne in neverbalne komunikacije, psihološke podpore pacientom in osebju, varnostnih ukrepov ter izobraževanja zdravstvenega osebja diplomsko delo zagotavlja strokovno osnovo za oblikovanje smernic in izboljšanje klinične prakse. Prispevek je še posebej pomemben, ker poudarja vključevanje različnih pristopov v enovito strategijo obravnave, kar lahko bistveno izboljša kakovost zdravstvene oskrbe in varnost v bolnišničnem okolju.

Rezultati naše analize ponujajo več možnosti za nadaljnje raziskave. Potrebne bi bile dodatne raziskave, ki bi se osredotočile na dolgoročno učinkovitost različnih deeskalacijskih tehnik v raznolikih bolnišničnih okoljih ter primerjale specifične metode med seboj glede na učinkovitost pri zmanjševanju agresivnega vedenja. Prav tako bi bilo smiselno raziskati vpliv specifičnih programov usposabljanja na razvoj zmožnosti zdravstvenega osebja ter njihov neposreden vpliv na število agresivnih incidentov in splošno zadovoljstvo zaposlenih. Potrebno bi bilo tudi spodbuditi ustanove v Sloveniji k raziskavam na tem področju. Nadaljnje raziskave bi lahko vključevale tudi uporabo mešanih metod za poglobljeno razumevanje pacientovih in zaposlenih izkušenj z deeskalacijskimi pristopi, kar bi dodatno obogatilo teoretični in praktični vidik obravnavane teme.

3 ZAKLJUČEK

Na osnovi opravljene analize literature smo ugotovili, da so učinkovite deeskalacijske tehnike ključnega pomena pri obvladovanju agresivnega vedenja pacientov v bolnišničnih ustanovah. Izsledki pregleda jasno kažejo, da je za uspešno uporabo teh tehnik bistvena integracija več različnih pristopov, kot so ustrezna verbalna in neverbalna komunikacija, spoštovanje osebnega prostora, psihološka podpora pacientom in osebju, zagotavljanje varnega okolja ter zmanjševanje omejitvenih ukrepov. Treba je poudariti, da ustrezna verbalna komunikacija, ki vključuje aktivno poslušanje, empatično izražanje, jasno govorjenje ter uporabo specifičnih tehnik za zmanjšanje napetosti, predstavlja osnovo učinkovitega obvladovanja agresivnih situacij. Podobno pomembno vlogo igra tudi neverbalna komunikacija skupaj s spoštovanjem osebnega prostora, saj pozitivna govorica telesa in primerna varnostna razdalja bistveno zmanjšata možnost konflikta. Poleg komunikacijskih spretnosti sta nujna tudi čustveno uravnavanje in empatija, kar omogoča zdravstvenim delavcem učinkovitejšo psihološko podporo pacientom, hkrati pa izboljšujeta njihove lastne odzive v zahtevnih situacijah. Prav tako sta ključna ustvarjanje varnega okolja in zmanjševanje omejitvenih ukrepov, saj to prispeva k pozitivni terapevtski izkušnji, zmanjšanju konfliktov in boljšim terapevtskim odnosom. Navsezadnje se je kot ključno izkazalo kontinuirano izobraževanje in usposabljanje osebja, ki zaposlenim zagotavlja potrebne zmožnosti in samozavest pri uporabi deeskalacijskih tehnik. Poleg optimiziranja varnosti s tem dolgoročno pozitivno vplivamo tudi na splošno kakovost zdravstvene oskrbe.

Na temelju vseh navedenih ugotovitev priporočamo, da bolnišnične ustanove kontinuirano vlagajo v razvoj in usposabljanje osebja ter dosledno vključujejo opisane pristope v svojo vsakdanjo prakso. Takšen celosten pristop bo zagotovil učinkovitejše obvladovanje agresije, izboljšal terapevtske rezultate ter povečal kakovost življenja pacientov in zdravstvenih delavcev.

4 LITERATURA

Aveyard, H., 2019. *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide*. 4th ed. London: Open University Press.

Badeaux, J.E., Triche, T. & Bennett, M.J., 2020. Reduction of aggressive and violent behavior toward behavioral health unit staff and other patients: A best practice implementation project. *JBHI Evidence Implement*, 19(2), pp. 177-189. 10.1097/XEB.0000000000000251.

Bole, U., 2017. Uveljavljanje ničelne tolerance do nasilja v zdravstvenem sistemu. In: D. Lončnar & B. Bregar, eds. *Zagotavljanje delovnega okolja brez nasilja za zaposlene in paciente v zdravstvenem sistemu: Ničelna toleranca do nasilja: Zbornik strokovnih prispevkov z recenzijo, strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Otočec, 18. oktober 2017*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 5-9.

Bowers, L., 2014. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), pp. 499-508. 10.1111/jpm.12129.

Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D. & Hodsoll, J., 2015. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International journal of nursing studies*, 52(9), pp. 1412-1422. 10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001.

Bregar, B., 2017. Pojavnost nasilja v zdravstvenem sistemu. In: D. Lončnar & B. Bregar, eds. *Zagotavljanje delovnega okolja brez nasilja za zaposlene in paciente v zdravstvenem sistemu: Ničelna toleranca do nasilja: Zbornik strokovnih prispevkov z recenzijo, strokovni seminar Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Otočec, 18. oktober 2017*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege – Zveza strokovnih

društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v psihiatriji, pp. 1-4.

Brenig, D., Gade, P. & Voellm, B., 2023. Is mental health staff training in de-escalation techniques effective in reducing violent incidents in forensic psychiatric settings? A systematic review of the literature. *BMC Psychiatry*, 23(246), pp. 1-11. 10.1186/s12888-023-04714-y.

Butterworth, H., Wood, L. & Rowe, S., 2022. Patients' and staff members' experiences of restrictive practices in acute mental health in-patient settings: Systematic review and thematic synthesis. *British journal of psychiatry open*, 8(6), p. e178. 10.1192/bjo.2022.574.

Christensen, S.S., Lassche, M., Banks, D., Smith, G. & Inzunza, T.M., 2022. Reducing Patient Aggression Through a Nonviolent Patient De-escalation Program: A Descriptive Quality Improvement Process. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 19(1), pp. 297-305. 10.1111/wvn.12540.

Davidović, M., 2023. *Učinkovite intervencije zaposlenih v zdravstveni negi za zagotavljanje varnosti pacientov na oddelkih pod posebnim nadzorom – pregled literature: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Dawson, S., Oster, C., Page, M. & George, S., 2024. Exploring the Safewards Programme to Reduce Restrictive Practices in Residential Aged Care: Protocol for a Pilot and Feasibility Study. *Health Expectations*, 27(5), p. e70037. 10.1111/hex.70037.

Engel, R.S., McManus, H.D. & Herold, T.D., 2020. Does de-escalation training work? A systematic review and call for evidence in police use-of-force reform. *Criminology & Public Policy*, 19(3), pp. 721-759. 10.1111/1745-9133.12467.

Grundy, A.C., Papastavrou Brooks, C., Johnston, I., Cree, L., Callaghan, P. & Price, O., 2024. Evaluation of a novel co-designed and co-delivered training package to de-escalate

violence and aggression in UK acute inpatient, PICU and forensic mental health settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 31(6), pp. 1145-1154. 10.1111/jpm.13074.

Hallett, N. & Dickens, G.L., 2017. De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis. *International journal of nursing studies*, 75(1), pp. 10-20. 10.1016/j.ijnurstu.2017.07.003.

Hamm, B., Pozuelo, L. & Brendel, R., 2022. General Hospital Agitation Management: Leadership Theory and Health Care Team Best Practices Using TeamSTEPPS. *Journal of the academy of consultation – Liaison Psychiatry*, 63(3), pp. 213-224. 10.1016/j.jaclp.2021.10.007.

Ho, G.J., Liew, S.M., Ng, C.J., Hisham Shunmugam, R. & Glasziou, P., 2016. Development of a Search Strategy for an Evidence Based Retrieval Service. *Public Library of Science*, 11(12), p. e0167170. 10.1371/journal.pone.0167170.

Johnston, I., Price, O., McPherson, P., Armitage, C.J., Brooks, H., Bee, P., Lovell, K. & Brooks, C.P., 2022. De-escalation of conflict in forensic mental health inpatient settings: A Theoretical Domains Framework-informed qualitative investigation of staff and patient perspectives. *BMC Psychology*, 10(1), p. 30. 10.1186/s40359-022-00735-6.

Lavelle, M., Stewart, D., James, K., Richardson, M., Renwick, L., Brennan, G. & Bowers, L., 2016. Predictors of effective de-escalation in acute inpatient psychiatric settings. *Journal of Clinical Nursing*, 25(15-16), pp. 2180-2188. 10.1111/jocn.13239.

Maguire, B.J., O'Meara, P., O'Neill, B.J. & Brightwell, R., 2017. Violence against emergency medical services personnel: A systematic review of the literature. *American journal of industrial medicine*, 61(2), pp. 167-180. 10.1002/ajim.22797.

Mavandadi, V., Bieling, P.J. & Madsen, V., 2016. Effective ingredients of verbal de-escalation: Validating an English modified version of the 'De-Escalating Aggressive

Behaviour Scale'. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 23(6-7), pp. 357-368. 10.1111/jpm.12310.

Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L.A. & PRISMA-P Group, 2015. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols. *Systematic Reviews*, 4(1), pp. 1-9. 10.1186/2046-4053-4-1.

Muhammad, N.K., Khan, I., Ul-Haq, Z., Khan, M., Baddia, F., Ahmad, F. & Khan, S., 2021. Managing violence against healthcare personnel in the emergency settings of Pakistan: A mixed methods study. *BMJ Open*, 11(6), p. e044213. 10.1136/bmjopen-2020-044213.

Polit, F.D. & Beck, C.T., 2021. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Price, O., Baker, J., Bee, P. & Lovell, K., 2018. The support-control continuum: An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *International Journal of Nursing Studies*, 77(1), pp. 197-206. 10.1016/j.ijnurstu.2017.10.002.

Price, O., Brooks, C.P., Johnston, I., McPherson, P., Goodman, H., Grundy, A., Cree, L., Motala, Z., Robinson, J., Doyle, M., Stokes, N., Armitage, C.J., Barley, E., Brooks, H., Callaghan, P., Carter, L., Davies, L.M., Drake, R.J., Karina Lovell, K. & Bee, P., 2024. Development and evaluation of a de-escalation training intervention in adult acute and forensic units: The EDITION systematic review and feasibility trial. *Health Technology Assessment*, 28(3), pp. 1-120. 10.3310/FGGW6874.

Royston, R., Naughton, S., Hassiotis, A., Jahoda, A., Ali, A., Chauhan, U., Cooper, S., Kouroupa, A., Steed, L., Strydom, A., Taggart, L. & Rapaport, P., 2023. Complex interventions for aggressive challenging behaviour in adults with intellectual disability:

A rapid realist review informed by multiple populations. *Public library of science one*, 18(5), p. e0285590. 10.1371/journal.pone.0285590.

Shaffer, C.S., Blanchard, A.J.E. & Douglas, K.S., 2017. Risk assessment, violence, and aggression. *The Wiley Handbook of Violence and Aggression*. Hoboken: Wiley. 10.1002/9781119057574.whbva057.

Snorrason, J. & Biering, P., 2018. The attributes of successful de-escalation and restraint teams. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(5), pp. 1842-1850. 10.1111/inm.12493.

Sollied, S.A., Lauritzen, J., Janne, B.D. & Kvande, M.E., 2023. Facilitating a safe and caring atmosphere in everyday life in forensic mental health wards – a qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 18(1), p. 2209966. 10.1080/17482631.2023.2209966.

Spencer, S., Johnson, P. & Smith, I.C., 2018. De-escalation techniques for managing non-psychosis induced aggression in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), p. CD012034. 10.1002/14651858.CD012034.pub2.

Tucker, J., Whitehead, L., Palamara, P., Rosman, J.X. & Seaman, K., 2020. Recognition and management of agitation in acute mental health services: A qualitative evaluation of staff perceptions. *BMC Nursing*, 19(106), pp. 1-10. 10.21203/rs.3.rs-51271/v2.