



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**POGOSTOST NASILJA V PRIMARNEM
ZDRAVSTVENEM VARSTVU KOT ETIČNI
INDIKATOR – PREGLED LITERATURE**

**FREQUENCY OF WORKPLACE VIOLENCE
IN PRIMARY HEALTH CARE AS AN
ETHICAL INDICATOR – A LITERATURE
REVIEW**

Mentorica:
izr. prof. dr. Sedina Kalender Smajlović

Kandidatka:
Albina Hadžović

Jesenice, september, 2026

ZAHVALA

Zahvaljujem se svoji mentorici izr. prof. dr. Sadini Kalender Smajlović za strokovno pomoč, usmerjanje, potrpežljivost ter podporo pri nastajanju diplomskega dela. Posebna zahvala gre tudi recenzentki Marti Smodiš, viš. pred., za njen čas, pregled dela in koristne predloge. Zahvaljujem se tudi lektorici Kaji Otovič, univ. dipl. spl. jez., za jezikovni pregled diplomskega dela.

Iskreno se zahvaljujem vsem visokošolskim učiteljem in zaposlenim na fakulteti, ki so mi skozi študij predajali znanje, izkušnje ter me spodbujali na akademski poti.

Velika hvala moji družini za razumevanje, podporo, potrpežljivost in spodbudo v času študija ter pri pisanju diplomskega dela.

Posebno zahvalo namenjam tudi zdravnici, s katero sodelujem v službi, za njeno podporo, razumevanje, spodbudne besede in dragocene izkušnje, ki so me motivirale in spremljale skozi celoten proces nastajanja diplomskega dela.

Hvala vsem, ki ste mi kakorkoli pomagali in stali ob strani na tej poti.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Nasilje nad zdravstvenimi delavci je varnostni, organizacijski in etični problem, ki vpliva na dobrobit zaposlenih ter kakovost zdravstvene obravnave. Primarno zdravstveno varstvo je zaradi neposrednega, pogostega in dolgotrajnega stika z raznolikimi pacienti posebej izpostavljeno verbalnemu, fizičnemu in psihološkemu nasilju. Sistematično spremljanje pojava je pomembno za načrtovanje preventive in zaščito vseh udeležencev obravnave.

Cilj: Cilj diplomskega dela je bil pregledati pogostost in oblike nasilja nad zdravstvenimi delavci v primarnem zdravstvenem varstvu, opredeliti ključne dejavnike tveganja ter presoditi, ali je pojavnost nasilja mogoče razumeti kot etični indikator kakovosti zdravstvene obravnave.

Metoda: Izveden je bil sistematični pregled literature, objavljene v obdobju 2014–2026. Iskanje je potekalo v PubMed, Europe PMC, OpenAlex in Google Scholar z angleškimi ključnimi besedami ter Boolovimi operatorji. Kakovost virov je bila presojena po hierarhiji dokazov Polit in Beck. Podatke smo obdelali s kvalitativno vsebinsko analizo.

Rezultati: Pridobljenih je bilo 174 zapisov, odstranjenih 48 dvojnikov, pregledanih 126 naslovov in izvlečkov ter ocenjenih 50 polnih besedil. Po izključitvi 30 neustreznih enot je bilo v analizo vključenih 20 virov: ena randomizirana intervencijska raziskava, devet pregledov literature, šest neeksperimentalnih kvantitativnih raziskav, ena kvalitativna raziskava in tri konceptualne oziroma strokovne enote. Najpogostejše je verbalno nasilje; fizično nasilje je redkejše, vendar povzroča resnejšo neposredno ogroženost. Pomembni so neprijavljanje, organizacijske ovire in posledice za duševno zdravje zaposlenih.

Razprava: Pojavnost nasilja odraža varnostno kulturo, učinkovitost poročanja in zavezanost ustanove dostojanstvu zaposlenih. Nasilje povečuje psihološko stisko in izgorelost ter lahko poslabša komunikacijo, kontinuiteto in kakovost obravnave. Etična odgovornost organizacije je zagotoviti zdravstveno oskrbo pacienta brez normalizacije nesorazmernega tveganja za zaposlene.

Ključne besede: zdravstveni delavci, varnost pri delu, organizacijska kultura, kakovost obravnave

SUMMARY

Theoretical background: Violence against healthcare workers is a safety, organizational, and ethical problem that affects employee well-being and quality of care. Verbal, physical, and psychological violence are especially prevalent in primary healthcare settings where professionals have frequent, direct, and continuous contact with diverse patient groups. Systematic monitoring is necessary to support prevention and protect everyone involved in the care process.

Goals: The aim was to review the frequency and forms of violence against primary healthcare workers, to identify key risk factors, and assess whether the occurrence of violence can be understood as an ethical indicator of quality of care.

Methods: A systematic review of literature published from 2014 to 2026 was conducted. PubMed, Europe PMC, OpenAlex, and Google Scholar were searched using English terms and Boolean operators. Evidence quality was assessed with the Polit and Beck hierarchy. Data were processed using qualitative content analysis.

Results: Of 174 retrieved records, 48 duplicates were removed, 126 titles and abstracts were screened, and 50 full texts were assessed. After 30 exclusions, 20 sources were analyzed: one randomized intervention study, nine literature reviews, six non-experimental quantitative studies, one qualitative study, and three conceptual or professional sources. Verbal violence was most frequent; physical violence was less frequent but posed more serious immediate threat. Underreporting, organizational barriers, and adverse mental health outcomes were prominent findings.

Discussion: The occurrence of violence reflects safety culture, the effectiveness of reporting, and institutional commitment to employee dignity. Violence increases distress and burnout and may impair communication, continuity, and quality of care. Organizations have an ethical duty to ensure patient care without normalizing disproportionate risks to employees.

Key words: healthcare workers, occupational safety, organizational culture, quality of care

KAZALO

1 UVOD	1
2 EMPIRIČNI DEL.....	9
2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	9
2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	9
2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	9
2.3.1 Metode pregleda literature.....	9
2.3.2 Strategija pregleda zadetkov.....	10
2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature	11
2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature	12
2.4 REZULTATI	13
2.4.1 PRISMA diagram	13
2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah	14
2.5 RAZPRAVA.....	17
2.5.1 Omejitve raziskave	31
2.5.2 Doprinos za stroko ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo	32
3 ZAKLJUČEK	34
4 LITERATURA	36

KAZALO SLIK

Slika 1: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu.....	12
Slika 2: PRISMA diagram.....	13

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature.....	11
Tabela 2: Tabelarični prikaz rezultatov	14
Tabela 3: Razporeditev kod po kategorijah.....	17

SEZNAM KRAJŠAV

FZAB	Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
ZDA	Združene države Amerike
ZZS	Zdravniška zbornica Slovenije
WHO	World Health Organization

1 UVOD

Nasilje je kompleksen družbeni in javnozdravstveni pojav, ki posega v telesno in duševno integriteto posameznika ter vpliva na odnose, skupnosti in delovanje institucij. Svetovna zdravstvena organizacija ga opredeljuje kot namerno uporabo fizične sile ali moči, v obliki grožnje ali dejanskega ravnanja, ki lahko povzroči poškodbo, smrt, psihološko škodo, moten razvoj ali prikrajšanost (World Health Organization (WHO), 2002; WHO, 2022). Takšna opredelitev presega ozko razumevanje nasilja kot telesnega napada, saj vključuje tudi grožnje, psihični pritisk in druge oblike ravnanja, pri katerih je posameznik izpostavljen škodi ali občutku ogroženosti. V slovenskem prostoru se nasilje prav tako obravnava kot pojav z zdravstvenimi, socialnimi in organizacijskimi posledicami, zato njegovo preprečevanje zahteva povezovanje individualnih, strokovnih in sistemskih ukrepov (Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2015; NIJZ, 2020).

Ko se nasilje pojavi v delovnem okolju, ne prizadene le odnosa med povzročiteljem in zaposlenim, temveč tudi varnostno kulturo organizacije. Nasilje na delovnem mestu obsega z delom povezane žalitve, grožnje, ustrahovanje, nadlegovanje in fizične napade, ne glede na to, ali se zgodijo na delovišču ali kot posledica opravljanja poklicnih nalog. Posamezni incident je lahko posledica akutnega konflikta, ponavljajoči se dogodki pa pogosto kažejo na trdovratne organizacijske pomanjkljivosti, nejasne meje sprejemljivega vedenja in neučinkovit odziv vodstva. Zato se nasilje ne sme obravnavati kot neizogibna značilnost določenega poklica, temveč kot prepoznano poklicno tveganje, ki ga mora organizacija spremljati, preprečevati in obravnavati (WHO, 2018).

Oblike nasilja se med seboj razlikujejo po načinu izražanja, vidnosti in posledicah. Verbalno nasilje vključuje žaljenje, kričanje, poniževanje in grožnje; fizično nasilje zajema uporabo telesne sile, potiskanje, udarce ali metanje predmetov; psihološko nasilje pa se lahko kaže kot vztrajno ustrahovanje, razvrednotenje, manipulacija ali pritisk. Med nasilje sodita tudi spolno nadlegovanje in druge oblike nezaželenega ravnanja, ki posegajo v dostojanstvo zaposlenega. Te kategorije se v praksi pogosto prepletajo, zato lahko isti dogodek vsebuje verbalne, psihološke in fizične elemente. Širša opredelitev je pomembna, ker so manj vidne oblike nasilja pogosto normalizirane in zato redkeje

prijavljene, čeprav imajo lahko resne in dolgotrajne posledice (Spector, et al., 2014; Mento, et al., 2020; Eshah, et al., 2024).

Zdravstveno okolje je zaradi neposrednega dela z ljudmi, njihove bolezni, bolečine, negotovosti in stiske posebej izpostavljeno konfliktom ter nasilnemu vedenju. Zdravstveni delavci vstopajo v odnose, v katerih so prisotni velika pričakovanja, časovni pritisk in neenakost informacij, hkrati pa morajo tudi v zahtevnih okoliščinah ohraniti strokovnost in zagotavljati varno obravnavo. Mednarodne raziskave kažejo, da so nasilju izpostavljene različne poklicne skupine, zlasti medicinske sestre in drugi zaposleni, ki imajo pogost in neposreden stik s pacienti ter njihovimi svojci (Alkorashy & Al Moalad, 2016; Cheung & Yip, 2017; Liu, et al., 2019). Razširjenost pojava potrjuje, da ne gre za osamljene dogodke, temveč za pomemben problem zdravstvenih sistemov (Alkorashy & Al Moalad, 2016; Cheung & Yip, 2017; Liu, et al., 2019).

Primerjava raziskav je zahtevna, ker avtorji uporabljajo različne opredelitve nasilja, merska obdobja in skupine udeležencev. Kljub metodološkim razlikam pregledi dosledno ugotavljajo, da je verbalno nasilje najpogostejša oblika, fizični napadi pa so redkejši, vendar praviloma povzročijo bolj neposredno ogroženost in vidnejši organizacijski odziv (Spector, et al., 2014; Liu, et al., 2019; Mento, et al., 2020). Sistematični pregled raziskav iz primarnega zdravstvenega varstva je pokazal širok razpon skupne pojavnosti nasilja in hkrati potrdil prevlado verbalnih oblik, kar opozarja na vpliv okolja, organizacije dela in načina merjenja (Yusoff, et al., 2023). Enotne stopnje pojavnosti zato ni mogoče prenesti na vse zdravstvene sisteme, mogoče pa je prepoznati ponavljajoče se vzorce (Spector, et al., 2014; Liu, et al., 2019; Yusoff, et al., 2023).

Nasilje v zdravstvu najpogosteje izvajajo pacienti ali njihovi svojci, lahko pa izvira tudi iz odnosov med zaposlenimi. Tveganje se povečuje v okoljih z velikim pretokom pacientov, dolgimi čakalnimi dobami, pomanjkanjem kadra, nejasnimi informacijami in omejenimi možnostmi za varno umikanje ali priklic pomoči. Pomembni so tudi trenutni dejavniki, kot so bolečina, duševna stiska, vpliv alkohola ali drog, kognitivne motnje ter neskladje med pričakovanji pacienta in možnostmi zdravstvene službe. Razumevanje teh okoliščin omogoča načrtovanje preventive, ne pomeni pa opravičevanja nasilnega

vedenja ali prenosa odgovornosti za varnost na posameznega zaposlenega (Phillips, 2016; O'Brien, et al., 2024).

Verbalno nasilje je posebej problematično, ker ga zaposleni in organizacije pogosto razumejo kot običajen del dela z nezadovoljnimi uporabniki. Ponavljajoče se žalitve, grožnje in poniževanje lahko zmanjšujejo občutek strokovne avtonomije, slabijo motivacijo ter povečujejo čustveno izčrpanost. Fizično nasilje je manj pogosto, vendar lahko povzroči poškodbe, odsotnost z dela in strah pred ponovitvijo incidenta. Raziskave med medicinskimi sestrami kažejo, da sta obe obliki povezani z delovnimi pogoji in organizacijskim okoljem, pri čemer izpostavljenost vpliva tudi na zadovoljstvo pri delu in namero po zapustitvi delovnega mesta (Chang & Cho, 2016; Ebrahimi, et al., 2017; Havaei, et al., 2020).

Psihološko nasilje je pogosto težje prepoznati in dokazati, ker se lahko razvija skozi daljše obdobje ter se izraža v grožnjah, pritiskih, vztrajnem razvrednotenju ali manipulaciji. Posledice se lahko kažejo kot napetost, strah, anksioznost, depresivni simptomi, nespečnost in zmanjšano zaupanje v lastno strokovno presojo. Izpostavljenost nasilju je povezana tudi z izgorelostjo in drugimi težavami v duševnem zdravju, ki se lahko nadaljujejo še po koncu neposredne nevarnosti (Gabrovec, 2017; D'Ettorre & Pellicani, 2017; Wang, et al., 2020; Mento, et al., 2025). Spolno nadlegovanje je v raziskavah ugotovljeno redkeje, vendar je zaradi stigme in strahu pred odzivom okolice verjetno dodatno podprijavljeno (Spector, et al., 2014).

Posledice nasilja presegajo dobrobit posameznega zaposlenega. Po incidentu se lahko pojavijo previdnost, izogibanje določenim pacientom, krajša komunikacija in zmanjšana pripravljenost za delo v neposrednem stiku z uporabniki. Na ravni organizacije se učinki kažejo v bolniških odsotnostih, fluktuaciji, slabši delovni klimi in dodatni obremenitvi preostalih članov tima. Sistematični pregled posledic nasilja je pokazal povezave s psihološkimi, poklicnimi in organizacijskimi izidi, zato obravnava nasilja ni ločena od zagotavljanja kakovosti zdravstvenih storitev. Če zaposleni po dogodku ne prejmejo podpore, se lahko občutek ogroženosti in nezaupanja v organizacijo še okrepi (Lancôt & Guay, 2014).

Varnost zdravstvenih delavcev je povezana tudi z varnostjo pacientov. Zaposleni, ki pričakujejo agresiven odziv, lahko komunikacijo nehote skrajšajo, se izogibajo dodatnim pojasnilom ali težje ohranjajo čustveno razpoložljivost. To lahko vpliva na razumevanje navodil, sodelovanje pri zdravljenju, kontinuiteto obravnave in kakovost terapevtskega odnosa. Zdravstveni sistem zato ne more dosledno zagotavljati varne in kakovostne obravnave, če hkrati ne zagotavlja varnih pogojev za delo zaposlenih. Na tej povezavi temelji razumevanje pojavnosti nasilja kot enega od kazalnikov organizacijske in etične kakovosti (Skela-Savič, 2019; O'Brien, et al., 2024).

Pomemben del problema je neprijavljanje incidentov. Zaposleni nasilja pogosto ne prijavijo, ker menijo, da je del poklica, ne poznajo postopka, ne pričakujejo učinkovitega odziva ali se bojijo negativnih posledic. Če prijavi ne sledita povratna informacija in vidno ukrepanje, se zaupanje v sistem dodatno zmanjšuje. Pregled praks poročanja je pokazal, da so neučinkoviti in zapleteni postopki, odsotnost podpore vodstva ter normalizacija nasilja med najpogostejšimi ovirami. Neprijavljanje zmanjšuje vidnost problema in organizaciji onemogoča, da bi prepoznala ponavljajoče se vzorce ter preverila učinkovitost preventivnih ukrepov (Abreu, et al., 2026).

Organizacijska kultura določa, katera ravnanja zaposleni prepoznajo kot nasilje, kako varno se počutijo ob prijavi in kakšen odziv pričakujejo. Jasni protokoli, dostopne poti poročanja, resen odziv neposrednega vodje in podpora po incidentu kažejo, da organizacija varnost razume kot skupno odgovornost. Nasprotno pa minimaliziranje dogodka ali prelaganje odgovornosti na žrtev utrjujeta toleranco do nasilja. Slovenska strokovna priporočila zato poudarjajo organizacijske, prostorske in komunikacijske ukrepe ter potrebo po doslednem evidentiranju nasilnih incidentov (NIJZ, 2023a; NIJZ, 2023b; Zdravniška zbornica Slovenije (ZZS), 2023).

Etična razsežnost nasilja izhaja iz dolžnosti zdravstvenih ustanov, da varujejo dostojanstvo, varnost in pravično obravnavo vseh udeležencev. Zdravstveni delavec ima profesionalno dolžnost, da pomaga pacientu, vendar ta dolžnost ne pomeni neomejene izpostavljenosti nevarnosti. Organizacija, ki nasilje dopušča ali ga predstavlja kot pričakovano poklicno breme, ne izpolni dolžnosti skrbi do zaposlenih in s tem ogrozi tudi

kakovost oskrbe. Etična odgovornost je zato porazdeljena med posameznika, zdravstveni tim in ustanovo, ki mora zagotoviti jasne meje, ustrezne vire ter postopek varne obravnave (Klemenc, 2016; Filej, 2018; Pahor, 2018).

Pri obravnavi nasilnega pacienta se pojavlja napetost med njegovo ranljivostjo in pravico zaposlenega do varnosti. Copeland in Arnold (2021) opozarjata na moralno dilemo pri razlagi nasilja, saj lahko zdravstveni delavci isto vedenje razumejo kot posledico bolezni, pričakovano poklicno tveganje ali nesprejemljivo kršitev meja. Dunsford (2022) poudarja, da je moč dolžnosti zagotavljanja oskrbe odvisna od ranljivosti pacienta in zaposlenega ter od razumnosti tveganja. Pacientova bolezen ali odvisnost od pomoči sta pomembni za način odziva, ne izničita pa potrebe po zaščiti osebja. Varnostni ukrepi morajo zato omogočiti nadaljevanje potrebne oskrbe na način, ki ne zahteva nesorazmernega tveganja (Copeland & Arnold, 2021; Dunsford, 2022).

Primarno zdravstveno varstvo predstavlja prvo in najdostopnejšo raven zdravstvenega sistema, kjer se izvajajo celostna, kontinuirana in skupnosti približana obravnava, preventiva ter spremljanje kroničnih bolezni. Zaposleni so pogosto v dolgotrajnem stiku z istimi pacienti in njihovimi družinami, hkrati pa se srečujejo z velikim številom uporabnikov, administrativnimi zahtevami, omejenimi viri in pričakovanji po hitri rešitvi težav. Zaradi te kombinacije bližine, kontinuitete in organizacijskega pritiska ima nasilje v primarnem okolju posebne značilnosti. Sistematični pregled je pokazal, da so najpogostejši povzročitelji pacienti in njihovi svojci, verbalno nasilje pa je v primarni dejavnosti izrazito razširjeno (Yusoff, et al., 2023).

Kvalitativna raziskava med enajstimi zaposlenimi v zdravstveni negi v brazilskem primarnem zdravstvu je pokazala, da so udeleženci doživljali verbalno, fizično, moralno in psihološko nasilje, vzroke pa so povezovali z dostopom uporabnikov do storitev, organizacijo dela in odzivom ustanove. Posledice so vplivale na zdravje zaposlenih, kakovost njihovega dela, bolniške odsotnosti in premestitve (Carvalho, et al., 2023). Tudi slovenski strokovni članek o primarni pediatrični ambulanti opozarja na nasilje pacientov oziroma spremljevalcev ter na potrebo po lokalnih preventivnih ukrepih in jasnih poteh poročanja (Močnik & Vidmar, 2022). Ugotovitve iz različnih okolij se tako stikajo v

zahtevi po organizacijskem, ne le individualnem odzivu (Močnik & Vidmar, 2022; Carvalho, et al., 2023).

V slovenskem primarnem zdravstvenem varstvu se napetosti lahko stopnjujejo zaradi čakalnih dob, omejene dostopnosti, kadrovskih obremenitev, nejasnih informacij in nezadovoljstva uporabnikov. Takšne okoliščine ne povzročijo nasilja same po sebi, povečajo pa verjetnost konflikta in otežijo pravočasno deeskalacijo. Hkrati dolgotrajni odnosi med pacienti in timom pomenijo, da lahko posledice incidenta vplivajo na nadaljnjo komunikacijo in kontinuiteto obravnave. Preventiva mora zato vključevati jasno obveščanje pacientov, ustrezno organizacijo naročanja, varnostno oceno prostora, usposabljanje zaposlenih in odziv vodstva, prilagojen konkretnemu lokalnemu okolju (Močnik & Vidmar, 2022; ZZS, 2023).

Pri presoji razširjenosti nasilja je treba razlikovati med dejansko pojavnostjo, zaznavo dogodka in njegovo uradno prijavo. Raziskava lahko meri izkušnje v zadnjem mesecu, letu ali celotni poklicni poti, pri tem pa uporabi ožjo opredelitev fizičnega napada ali širšo opredelitev, ki vključuje grožnje, poniževanje in spolno nadlegovanje. Razlike v rezultatih zato niso nujno posledica večje ali manjše varnosti posamezne države, temveč tudi načina postavljanja vprašanj, sestave vzorca in pripravljenosti udeležencev, da dogodek poimenujejo kot nasilje. Za organizacijsko spremljanje je pomembno, da se definicije in časovna obdobja ne spreminjajo brez utemeljitve, saj le primerljivi podatki omogočajo prepoznavanje trendov. Ob številu incidentov je smiselno spremljati še njihovo vrsto, kraj, povzročitelja, posledice, ponavljanje in odziv ustanove. Tako postane podatek o pojavnosti uporabno izhodišče za preventivo, ne le statistični opis problema (Spector, et al., 2014; Liu, et al., 2019; Yusoff, et al., 2023).

Posebnost primarnega zdravstvenega varstva je, da se odnos po incidentu pogosto ne konča. Pacient ostaja vključen v ambulantno, zdravstveni delavec pa mora skupaj s timom presoditi, kako zagotoviti nadaljnjo oskrbo in hkrati preprečiti ponovitev nevarnega dogodka. Kontinuiteta, ki je sicer pomembna prednost primarne ravni, lahko po nasilju postane vir dodatne obremenitve, če ni dogovorjeno, kdo bo vodil naslednji stik, kateri varnostni ukrepi so potrebni in kako bodo o njih obveščeni člani tima. Kvalitativne

ugotovitve iz primarnega okolja kažejo, da zaposleni nasilje povezujejo z dostopom do storitev, organizacijo dela in institucionalnim odzivom, slovenski strokovni opis pa opozarja na primerljive pritiske v pediatrični ambulanti. Preventivni načrt mora zato poleg trenutne prekinitve nevarnosti vključevati tudi varen način nadaljevanja obravnave (Močnik & Vidmar, 2022; Carvalho, et al., 2023).

Učinkovita preventiva temelji na več medsebojno povezanih ravneh. Na ravni prostora so pomembni preglednost čakalnice, možnost umika, dostop do izhoda in zanesljiv priklic pomoči. Na ravni delovnega procesa so ključni realno naročanje, pravočasno obveščanje o zamudah, jasna razdelitev odgovornosti in dogovorjen odziv ob stopnjevanju vedenja. Na ravni zaposlenih so potrebne komunikacijske veščine, prepoznavanje zgodnjih znakov nevarnosti in poznavanje postopkov, vodstvo pa mora zagotoviti dosledno evidentiranje, analizo dogodka ter podporo po njem. Intervencijska raziskava (Arnetz, et al., 2017) kaže vrednost ukrepov, prilagojenih posamezni enoti, pregledi pa opozarjajo, da samo usposabljanje brez organizacijskih sprememb ne more odpraviti sistemskih dejavnikov tveganja (O'Brien, et al., 2024; Abreu, et al., 2026). Varnost je zato rezultat načrtovanega sistema in ne izključno sposobnosti posameznika za deeskalacijo (Arnetz, et al., 2017; O'Brien, et al., 2024; Abreu, et al., 2026).

Razumevanje nasilja kot etičnega indikatorja zahteva širši pogled od samega štetja dogodkov. Visoko število prijav lahko v začetnem obdobju pomeni tudi večje zaupanje zaposlenih v sistem, nizko število pa ne dokazuje nujno varnosti, če zaposleni prijave opuščajo zaradi normalizacije ali pretekle neodzivnosti. Indikator je zato treba sestaviti iz več podatkov: pojavnosti in resnosti dogodkov, deleža ponovitev, dostopnosti prijave, časa odziva, povratne informacije, podpore zaposlenemu in izvedenih ukrepov. Takšno spremljanje pokaže, ali ustanova dejansko varuje dostojanstvo in zmanjšuje tveganje ali pa problem ostaja skrit v vsakodnevni praksi. V primarnem zdravstvenem varstvu, kjer so odnosi dolgotrajni in je dostopnost storitev družbeno zelo občutljiva, je takšna etična presoja posebej pomembna (Copeland & Henry, 2017; Abreu, et al., 2026).

Pregled dosedanjih spoznanj kaže, da nasilja nad zdravstvenimi delavci ni mogoče razložiti samo z vedenjem posameznega pacienta. Pojav povezuje oblike in pogostost

incidentov, delovne pogoje, dostopnost storitev, kulturo poročanja, posledice za zaposlene ter kakovost odnosa s pacientom. Posebej v primarnem zdravstvenem varstvu je pomembno presoditi, ali organizacija zmore hkrati varovati ranljivega pacienta in zaposlenega, ki mu zagotavlja oskrbo. Diplomsko delo zato z usmerjenim pregledom literature obravnava pogostost in oblike nasilja, ključne dejavnike tveganja ter pojavnost nasilja kot možen etični indikator kakovosti zdravstvene obravnave. Takšna analiza je potrebna za oblikovanje ukrepov, ki povezujejo varnost, strokovno odgovornost in dostojanstvo vseh udeležencev (Copeland & Arnold, 2021; Dunsford, 2022; Yusoff, et al., 2023; O'Brien, et al., 2024).

2 EMPIRIČNI DEL

Diplomsko delo temelji na pregledu strokovne in znanstvene literature.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je celovito raziskati in analizirati problematiko nasilja nad zdravstvenimi delavci v okolju primarnega zdravstvenega varstva.

Cilja raziskovanja sta:

- sistematično opredeliti in opisati različne oblike nasilja (fizično, verbalno, psihično, spolno itd.), ki se pojavljajo v ambulantah in drugih enotah primarnega zdravstvenega varstva,
- kritično analizirati in identificirati ključne dejavnike tveganja (organizacijski, medosebni, okoljski in pacientovi), ki prispevajo k pojavnosti nasilja nad zaposlenimi v primarnem zdravstvenem varstvu.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

1. Kako pogosto je nasilje nad zdravstvenimi delavci v primarnem zdravstvenem varstvu in v kolikšni meri se lahko pojavnost nasilja različnih oblik obravnava kot etični indikator kakovosti zdravstvene obravnave?
2. Kateri so ključni dejavniki tveganja za pojavnost nasilja nad zaposlenimi v primarnem zdravstvenem varstvu?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

2.3.1 Metode pregleda literature

Podatke smo zbrali z analizo sekundarnih virov. Iskanje smo izvedli v juliju 2026 v bibliografskih virih PubMed, Europe PMC, OpenAlex in Google Scholar (tabela 1). Osnovni angleški iskalni niz je bil ("workplace violence" OR "patient aggression" OR

"verbal abuse" OR "physical assault") AND ("primary health care" OR "primary healthcare") AND ("healthcare workers" OR nurses). V PubMed smo izraze omejili na naslov in izvleček ter obdobje 2014–2026, v Europe PMC smo uporabili polje TITLE_ABS in časovno omejitev od 1. 1. 2014 do 13. 7. 2026, v OpenAlex pa smo v naslovu ali izvlečku povezali izraza "workplace violence" in "primary health care" z enako časovno omejitvijo. V Google Scholar smo uporabili osnovni niz in omejitev 2014–2026. Ker je Google Scholar prikazal približno 6.640 rezultatov in ne omogoča stabilnega celovitega izvoza, smo po vnaprej določenem pravilu pregledali prvih 100 rezultatov, razvrščenih po relevantnosti.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

V pregled smo vključili strokovne in znanstvene članke v slovenskem ali angleškem jeziku, objavljene med letoma 2014 in 2026, ki so obravnavali nasilje nad zdravstvenimi delavci, primarno zdravstveno varstvo, etične vidike, delovno okolje ali varnost zaposlenih in so bili dostopni v polnem besedilu. Izključili smo podvojene zapise, prispevke brez raziskovalne ali jasno opredeljene pregledne metodologije, članke brez dostopnega polnega besedila ter viro, ki niso obravnavali nasilja, etičnih vidikov ali relevantnega zdravstvenega okolja.

Potek izbire virov smo prikazali po načelih PRISMA 2020 (Page, et al., 2021), kakor prikazuje slika 2. Pridobili smo 174 zapisov: 25 iz PubMed, 20 iz Europe PMC, 29 iz OpenAlex in 100 iz Google Scholar. Po odstranitvi 48 dvojnikov smo pregledali 126 naslovov in izvlečkov ter jih 76 izključili. Za 50 zapisov smo pridobili in ocenili polno besedilo. Izključili smo 14 poročil zaradi neustrezne populacije ali okolja, 10 zaradi nezadostne metodološke ustreznosti in 6 zaradi neustrezne vsebinske osredotočenosti. V končno kvalitativno vsebinsko analizo smo vključili 20 virov. Podvojene zapise smo pri prikazu po bazah pripisali prvi bazi, v kateri so bili najdeni (Page, et al., 2021).

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
PubMed	("workplace violence" OR "patient aggression" OR "verbal abuse" OR "physical assault") AND ("primary health care" OR "primary healthcare") AND ("healthcare workers" OR nurses); Title/Abstract; 2014-2026	25	6
Europe PMC	("workplace violence" OR "patient aggression" OR "verbal abuse" OR "physical assault") AND ("primary health care" OR "primary healthcare") AND ("healthcare workers" OR nurses); TITLE_ABS; 1. 1. 2014-13. 7. 2026	20	0
OpenAlex	"workplace violence" AND "primary health care"; naslov/izvleček; 1. 1. 2014-13. 7. 2026	29	6
Google Scholar	("workplace violence" OR "patient aggression" OR "verbal abuse" OR "physical assault") AND ("primary health care" OR "primary healthcare") AND ("healthcare workers" OR nurses); prvih 100 rezultatov po relevantnosti; 2014-2026	100	38
SKUPAJ		174	50

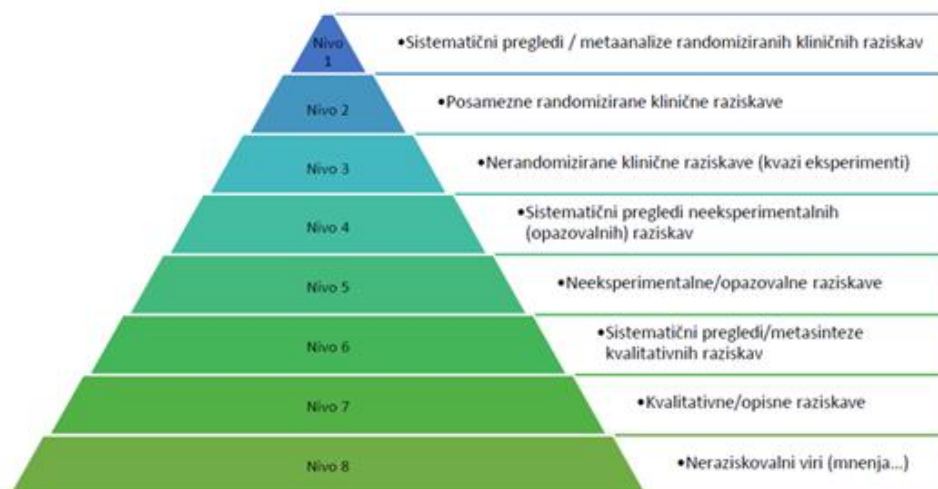
Google Scholar je prikazal približno 6.640 rezultatov; v pregled je bilo po vnaprej določenem pravilu izvoženih prvih 100 rezultatov po relevantnosti. V stolpcu izbranih zadetkov so dvojniki pripisani prvi bazi, v kateri so bili najdeni.

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Podatke iz vključenih virov smo sistematično zbrali v preglednicah in jih obdelali s kvalitativno vsebinsko analizo po sodobnejšem metodološkem opisu Graneheim, et al. (2017). Iz gradiva smo izbrali pomenske enote, jih kodirali in povezali v kategorije ter preverjali njihovo ujemanje z namenom analize in izvirnim gradivom. Ugotovitve smo deskriptivno primerjali glede pogostosti in oblik nasilja, etične razsežnosti, dejavnikov tveganja, posledic in preventivnih ukrepov. Oblikovali smo 45 kod v osmih vsebinskih kategorijah, ki neposredno odgovarjajo na obe raziskovalni vprašanji (Graneheim, et al., 2017).

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

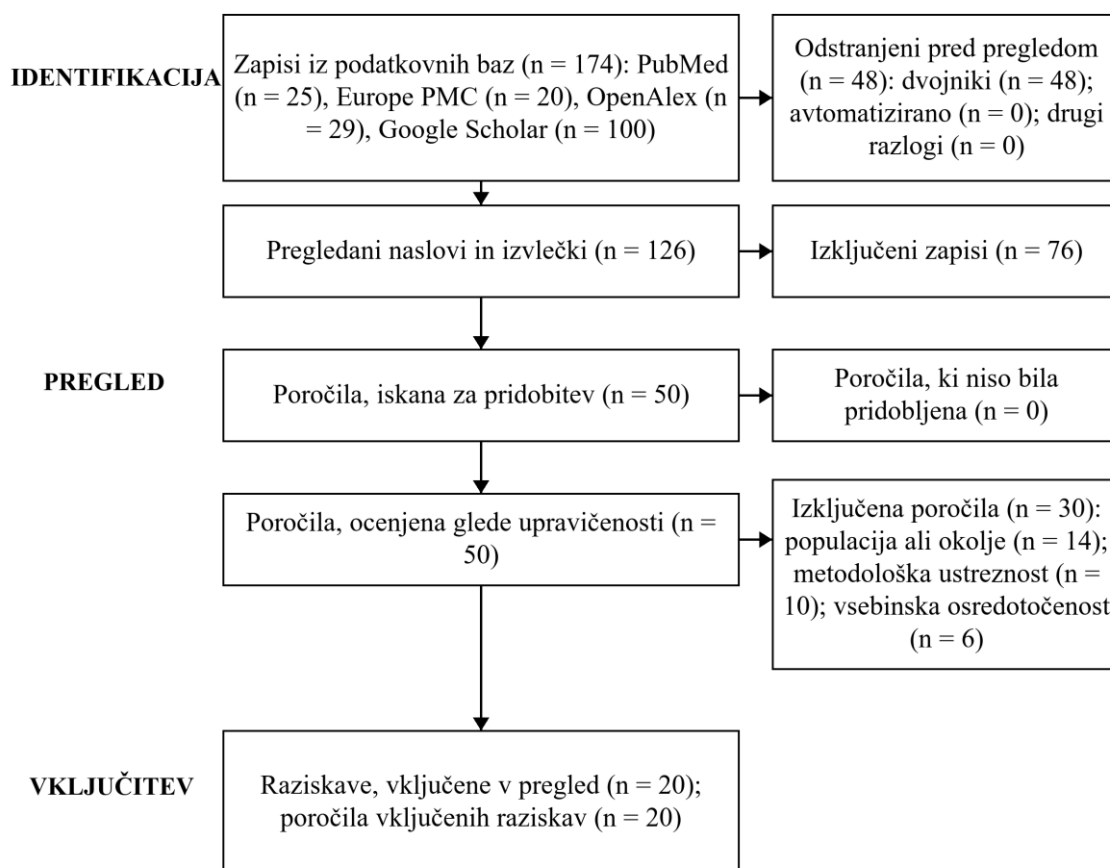
Kakovost virov smo presodili po osemstopenjski hierarhiji dokazov Polit in Beck (2021), prikazani na sliki 1. Vsako od 20 vključenih enot smo razvrstili glede na raziskovalno zasnovo. Na nivo II smo uvrstili eno randomizirano intervencijsko raziskavo (Arnetz, et al., 2017). Na nivo IV smo uvrstili devet pregledov oziroma metaanaliz (Spector, et al., 2014; Lanctôt & Guay, 2014; Phillips, 2016; Liu, et al., 2019; Mento, et al., 2020; Yusoff, et al., 2023; O'Brien, et al., 2024; Taherzadeh Chenani, et al., 2024; Abreu, et al., 2026). Na nivo V smo uvrstili šest neeksperimentalnih kvantitativnih raziskav (Cheung & Yip, 2017; Copeland & Henry, 2017; Havaei, et al., 2020; Wang, et al., 2020; Byon, et al., 2022; Tahirbegolli, et al., 2025). Na nivo VII smo uvrstili eno kvalitativno raziskavo (Carvalho, et al., 2023), na nivo VIII pa tri konceptualne oziroma strokovne enote (Copeland & Arnold, 2021; Dunsford, 2022; Močnik & Vidmar, 2022). Pri interpretaciji smo upoštevali, da prevladujejo dokazi nižjih in srednjih ravni (Polit & Beck, 2021).



Slika 1: Hierarhija dokazov v znanstvenoraziskovalnem delu
(Polit & Beck, 2021)

2.4 REZULTATI

2.4.1 PRISMA diagram



Slika 2: PRISMA diagram
(Page, et al., 2021)

Na sliki 2 je prikazan postopek izbire virov. Od 174 prepoznanih zapisov smo po odstranitvi 48 dvojnikov pregledali 126 naslovov in izvlečkov. Po izključitvi 76 zapisov smo ocenili 50 polnih besedil, izločili 30 neustreznih virov in v končno analizo vključili 20 enot.

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

Za prikaz rezultatov smo najprej pripravili tabelarični pregled 20 vključenih virov (tabela 2). Pri vsakem viru so navedeni avtor, leto objave, raziskovalna metodologija, vzorec oziroma obseg gradiva ter opisno oblikovana ključna spoznanja. Viri so razporejeni tako, da najprej podpirajo odgovor o pogostosti, oblikah in etični razsežnosti nasilja, nato pa odgovor o dejavnikih tveganja ter preventivnih in organizacijskih ukrepih.

Tabela 2: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Spector, et al.	2014	kvantitativni pregled	151.347 medicinskih sester v 160 vzorcih / več svetovnih regij	Nasilje nad medicinskimi sestrami je mednarodno zelo razširjeno; verbalne in druge nefizične oblike so pogostejše od fizičnih napadov.
Liu, et al.	2019	sistematični pregled in metaanaliza	253 raziskav, 331.544 udeležencev / mednarodno	Nasilje je razširjeno v vseh zdravstvenih okoljih; verbalno nasilje je najpogostejše, fizično pa redkejšo in povezano z resnejšo ogroženostjo.
Yusoff, et al.	2023	sistematični pregled	23 raziskav / primarno zdravstvo, mednarodno	V primarnem zdravstvu je pojavnost nasilja znašala 45,6-90 %; najpogostejše je bilo verbalno nasilje, povzročitelji pa predvsem pacienti in svojci.
Mento, et al.	2020	sistematični pregled	27 raziskav / mednarodno	Nasilje se pojavlja v verbalni, fizični, psihološki in spolni obliki ter povzroča pomembne psihološke in poklicne posledice.
Tahirbegolli, et al.	2025	presečna raziskava	1.110 zdravstvenih delavcev / Kosovo	Med pandemijo so bile pogoste zlasti verbalne oblike nasilja; pojav je bil povezan z obremenitvami in značilnostmi delovnega okolja.
Byon, et al.	2022	presečna raziskava	373 medicinskih sester / ZDA	Med pandemijo sta bila verbalno in fizično nasilje pogosta, velik delež incidentov pa zaradi normalizacije in organizacijskih ovir ni bil prijavljen.

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Carvalho, et al.	2023	kvalitativna raziskava	11 zaposlenih v zdravstveni negi iz 3 enot primarnega zdravstva / Brazilija	Vsi udeleženci so doživeli nasilje; verbalne, fizične, moralne in psihološke oblike so vplivale na zdravje zaposlenih, odsotnosti, premestitve in kakovost dela.
Wang, et al.	2020	presečna raziskava z metodo ujemanja	1.063 zdravstvenih delavcev / Kitajska	Izpostavljenost nasilju je bila povezana z izrazitejšimi težavami v duševnem zdravju, zato posledice presegajo neposredni varnostni dogodek.
Lancôt & Guay	2014	sistematični pregled	68 raziskav / mednarodno	Izpostavljenost nasilju povzroča psihološke, poklicne in organizacijske posledice, ki lahko vplivajo tudi na stabilnost tima in kakovost obravnave.
Copeland & Arnold	2021	etična konceptualna analiza	ni relevantno / ZDA	Interpretacija nasilja odpira moralno dilemo med pravico zaposlenega do varnosti in profesionalno dolžnostjo zagotavljanja zdravstvene obravnave.
Dunsford	2022	etična konceptualna analiza	ni relevantno / Kanada	Dolžnost zagotavljanja oskrbe ni neomejena; meja sprejemljivega tveganja je odvisna od ranljivosti pacienta in zdravstvenega delavca.
Phillips	2016	narativni pregled	objavljene raziskave in poročila / ZDA	Visoka izpostavljenost zdravstvenih delavcev zahteva sistemsko preventivo, saj posledice nasilja vplivajo na zaposlene in delovanje zdravstvenih ustanov.
Cheung & Yip	2017	presečna raziskava	850 medicinskih sester / Hongkong	Pojavnost nasilja je povezana z delovnimi pogoji, poklicnimi značilnostmi in organizacijskim okoljem, zato tveganja ni mogoče pripisati samo pacientu.
Havaei, et al.	2020	sekundarna presečna analiza	537 kirurških medicinskih sester / Kanada	Nasilje vpliva na zdravje zaposlenih neposredno in prek neugodnih pogojev delovnega okolja ter izgorelosti.
Taherzadeh Chenani, et al.	2024	sistematični pregled in metaanaliza	13 raziskav / mednarodno	Tveganje za nasilje je bilo povezano s spolom, izobrazbo, starostjo in delovnimi izkušnjami zdravstvenih delavcev.

Avtor	Leto objave	Uporabljena metodologija	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Copeland & Henry	2017	presečna raziskava	147 zaposlenih urgentnega centra / ZDA	Toleranca do nasilja, občutek varnosti ter pričakovani odziv organizacije pomembno določajo pripravljenost zaposlenih za poročanje.
Arnetz, et al.	2017	randomizirana intervencijska raziskava	41 oddelkov v 7 bolnišnicah / ZDA	Strukturirani protokoli, analiza incidentov in ukrepi, prilagojeni posamezni enoti, lahko izboljšajo organizacijsko preprečevanje nasilja.
Močnik & Vidmar	2022	strokovni članek	primarna pediatrična ambulanta / Slovenija	Slovensko primarno okolje potrebuje lokalno prilagojene preventivne ukrepe, jasne poti poročanja in zaščito zaposlenih pred nasiljem pacientov ter spremljevalcev.
O'Brien, et al.	2024	narativni pregled	objavljene raziskave / mednarodno	Naraščajoče breme nasilja je povezano z dejavniki tveganja, posledicami za zaposlene in kakovost ter potrebo po večnivojski preventivi.
Abreu, et al.	2026	pregled obsega literature	35 raziskav iz 19 okolij / mednarodno, poudarek na Portugalski	Neprijavljanje je pogosto; ključne ovire so neučinkoviti postopki, normalizacija nasilja, pomanjkanje podpore vodstva in odsotnost povratnih informacij.

Legenda: ZDA - Združene države Amerike.

S kvalitativno vsebinsko analizo smo oblikovali 45 kod in jih združili v osem kategorij (tabela 3). Prvih pet kategorij odgovarja na prvo raziskovalno vprašanje o pojavnosti, oblikah in etični razsežnosti nasilja, zadnje tri pa na drugo raziskovalno vprašanje o dejavniki tveganja, institucionalnem odzivu in preventivnih ukrepih. Kategorije smo oblikovali z združevanjem vsebinsko sorodnih ugotovitev, pri čemer smo ohranili ločnico med opisom pojavnosti ter razlago dejavnikov tveganja in organizacijskih odzivov. Razporeditev omogoča sledljivost med ugotovitvami posameznih virov, oblikovanimi kodami in končnimi kategorijami. Avtorji in letnice v tretjem stolpcu prikazujejo vire, iz katerih so bile kode izpeljane, ponavljanje istih virov v več kategorijah pa kaže večplastnost obravnavanega pojava.

Tabela 3: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija (n = 8)	Kode (n = 45)	Avtorji in letnica
Razširjenost in oblike nasilja	visoka razširjenost; verbalno nasilje; fizično nasilje; psihološko nasilje; spolno nadlegovanje	Spector, et al., 2014; Liu, et al., 2019; Mento, et al., 2020; Yusoff, et al., 2023; Tahirbegolli, et al., 2025.
Okolje in dinamika pojava	primarno zdravstvo; pacienti in svojci kot povzročitelji; porast med pandemijo; krizne razmere; razlike med zdravstvenimi okolji	Byon, et al., 2022; Močnik & Vidmar, 2022; Carvalho, et al., 2023; Yusoff, et al., 2023; Taherzadeh Chenani, et al., 2024.
Neprijavljanje in vidnost problema	neprijavljanje; normalizacija nasilja; nizka pripravljenost za poročanje; neučinkovit sistem prijave; odsotnost povratne informacije	Copeland & Henry, 2017; Byon, et al., 2022; Abreu, et al., 2026.
Etični indikator in kakovost obravnave	varnost zaposlenih; dostojanstvo; dolžnost zagotavljanja oskrbe; meja sprejemljivega tveganja; terapevtski odnos; kakovost zdravstvene obravnave	Lanctôt & Guay, 2014; Copeland & Arnold, 2021; Dunsford, 2022; O'Brien, et al., 2024.
Posledice za zaposlene in sistem	stres; anksioznost; izgorelost; težave v duševnem zdravju; odsotnost in fluktuacija; ogrožena kontinuiteta obravnave	Lanctôt & Guay, 2014; Phillips, 2016; Havaei, et al., 2020; Wang, et al., 2020; Carvalho, et al., 2023; O'Brien, et al., 2024.
Organizacijski in delovni dejavniki tveganja	delovna obremenitev; kadrovska podhranjenost; čakalne dobe; organizacija dela; dostop do storitev; komunikacijske težave; prostorski dejavniki	Cheung & Yip, 2017; Arnetz, et al., 2017; Havaei, et al., 2020; Yusoff, et al., 2023; Taherzadeh Chenani, et al., 2024.
Organizacijska kultura in institucionalni odziv	toleranca do nasilja; odsotnost protokolov; odziv vodstva; poti poročanja; podpora po incidentu	Copeland & Henry, 2017; Arnetz, et al., 2017; O'Brien, et al., 2024; Abreu, et al., 2026.
Preventivni ukrepi	ocena tveganja; deeskalacija; komunikacijske veščine; varnostni protokoli; usposabljanje; lokalno prilagojeni ukrepi	Phillips, 2016; Arnetz, et al., 2017; Močnik & Vidmar, 2022; O'Brien, et al., 2024; Abreu, et al., 2026.

2.5 RAZPRAVA

S pregledom literature smo ugotovili, da je nasilje nad zdravstvenimi delavci razširjen, večplasten in organizacijsko pomemben pojav. Prvo raziskovalno vprašanje se je

nanašalo na pogostost in oblike nasilja ter na možnost razumevanja pojavnosti kot etičnega indikatorja kakovosti. Rezultati kažejo, da enotne stopnje pojavnosti zaradi različnih opredelitev, merilnih obdobj in zdravstvenih okolij ni mogoče določiti, vendar raziskave dosledno potrjujejo prevlado verbalnega nasilja. Fizično nasilje je redkejše, vendar je povezano z neposrednejšo ogroženostjo in resnejšimi posledicami. Drugo raziskovalno vprašanje je izpostavilo organizacijo dela, kadrovske razmere, komunikacijo, okoljske pogoje, krizne okoliščine in institucionalni odziv kot medsebojno povezane dejavnike tveganja (Spector, et al., 2014; Liu, et al., 2019; Mento, et al., 2020; Tahirbegolli, et al., 2025).

S pregledom literature smo ugotovili, da razpon ugotovljene pojavnosti ni metodološka podrobnost, temveč pomemben rezultat. Sistematični pregledi vključujejo različne poklicne skupine, države in definicije, zato ni upravičeno izbrati ene številke in jo predstaviti kot splošno stopnjo nasilja v primarnem zdravstvu. Spector, et al. (2014) so v kvantitativnem pregledu pokazali veliko mednarodno breme fizičnega in nefizičnega nasilja nad medicinskimi sestrami, Liu, et al. (2019) pa so v metaanalizi potrdili široko razširjenost med zdravstvenimi delavci. Pregled, omejen na primarno zdravstveno varstvo, je pokazal pojavnost med 45,6 % in 90 %, pri čemer je bilo verbalno nasilje najpogostejše (Yusoff, et al., 2023). Za prakso to pomeni, da mora vsaka ustanova poleg mednarodnih podatkov poznati lastne, dosledno zbrane kazalnike (Spector, et al., 2014; Liu, et al., 2019; Yusoff, et al., 2023).

S pregledom literature smo ugotovili, da so verbalne oblike nasilja izrazito pogostejše od fizičnih. Ta vzorec hkrati potrjujejo kvantitativni pregled Spector, et al. (2014), metaanaliza Liu, et al. (2019), sistematični pregled Mento, et al. (2020) in presečna raziskava Tahirbegolli, et al. (2025). Primerjava teh raziskav kaže, da se žaljenje, kričanje, poniževanje in grožnje pojavljajo v zelo različnih zdravstvenih sistemih, zato jih ni mogoče pojasniti le z lokalno kulturo ali s posameznim deloviščem. Fizični napadi so redkejši, vendar imajo večjo vidnost in pogosto sprožijo hitrejši varnostni odziv. Kritična posledica te razlike je nevarnost, da organizacije ukrepajo šele pri telesnem napadu, ponavljajoče se verbalno nasilje pa ostane normalizirano (Spector, et al., 2014; Liu, et al., 2019; Mento, et al., 2020; Tahirbegolli, et al., 2025).

Ugotovitve o primarnem zdravstvenem varstvu dodatno pojasnjuje kvalitativna raziskava Carvalho, et al. (2023). Vseh 11 udeležencev iz treh enot primarnega zdravstva je poročalo o izkušnji nasilja, najpogosteje verbalnega in psihološkega, posledice pa so segale do bolniških odsotnosti, premestitev in zmanjšane kakovosti dela. V slovenskem primarnem pediatričnem okolju Močnik in Vidmar (2022) podobno opozarjata na nasilje pacientov oziroma spremljevalcev in na organizacijske pritiske, ki so se izrazili med pandemijo. Tuja kvalitativna ugotovitev in slovenski strokovni opis se ujemata v tem, da zaposleni nasilja ne doživljajo le kot enkratni konflikt, temveč kot pojav, povezan z dostopom do storitev, s pričakovanji uporabnikov in podporo ustanove. To potrjuje potrebo po lokalno prilagojenem spremljanju (Močnik & Vidmar, 2022; Carvalho, et al., 2023).

Krizne razmere so pomemben ojačevalec tveganja. Byon, et al. (2022) so med pandemijo ugotovili pogosto verbalno in fizično nasilje nad medicinskimi sestrami ter izrazito neprijavljanje incidentov, Taherzadeh Chenani, et al. (2024) pa so v metaanalizi nasilje povezali z delovnimi, organizacijskimi in kriznimi dejavniki. Širši pregledi opisujejo, da so strah pred okužbo, omejitve obiskov, preobremenjenost služb in družbena negotovost povečali napetosti med uporabniki in zaposlenimi (Devi, 2020; Volonnino, et al., 2024; Mento, et al., 2025). Pandemija torej ni ustvarila vseh vzrokov nasilja, temveč je razkrila in okrepila že obstoječe šibkosti v dostopnosti, komunikaciji in kadrovski vzdržnosti zdravstvenih sistemov (Devi, 2020; Byon, et al., 2022; Taherzadeh Chenani, et al., 2024; Volonnino, et al., 2024; Mento, et al., 2025).

S pregledom literature smo ugotovili, da uradne prijave ne odražajo dejanske razširjenosti nasilja. Copeland in Henry (2017) sta pokazala, da so pripravljenost za poročanje, toleranca do nasilja in občutek varnosti tesno povezani z organizacijskim okoljem. Abreu, et al. (2026) so v pregledu 35 raziskav ugotovili, da je bilo v več kot polovici vključenih raziskav neprijavljenih več kot 50 % incidentov. Med pogostimi razlogi so bili prepričanje, da poročanje ne bo učinkovito, normalizacija verbalnega nasilja, strah pred posledicami, zapleteni postopki in odsotnost povratne informacije. Nizko število prijav zato ni dokaz varnega okolja; lahko je prav nasprotno kazalnik nizkega zaupanja v institucionalni odziv (Copeland & Henry, 2017; Abreu, et al., 2026).

Pojavnost nasilja lahko razumemo kot etični indikator, ker kaže, kako organizacija v praksi uresničuje načela varnosti, dostojanstva, pravičnosti in odgovornosti. Etični indikator ni zgolj število incidentov, temveč povezava med pogostostjo, pripravljenostjo za prijavo in načinom odziva. Ustanova, ki nasilje beleži, analizira in po dogodku zaščiti zaposlenega, priznava, da je varnost sestavni del kakovosti. Ustanova, ki nasilje minimizira ali ga predstavi kot pričakovano poklicno breme, pa dopušča neenako porazdelitev tveganja na zaposlene. Slovenska literatura o etiki, profesionalnih odnosih in kakovosti zdravstvene obravnave podpira stališče, da je varno delovno okolje del organizacijske odgovornosti in ne zasebna skrb posameznika (Klemenc, 2016; Filej, 2018; Pahor, 2018; Skela-Savič, 2019).

Najizrazitejša etična dilema se pojavi, ko je nasilni pacient hkrati ranljiv in odvisen od zdravstvene pomoči. Copeland in Arnold (2021) opozarjata, da način interpretacije nasilja vpliva na to, ali ga zaposleni prepoznajo kot nesprejemljiv dogodek ali kot pričakovano posledico bolezni oziroma poklica. Dunsford (2022) dolžnost zagotavljanja oskrbe povezuje z razumnostjo tveganja in ranljivostjo obeh strani. Primerjava obeh konceptualnih analiz kaže, da profesionalna dolžnost ni absolutna: treba jo je izvajati tako, da se pacientu zagotovi potrebna oskrba, ne da bi bil zaposleni izpostavljen nesorazmerni nevarnosti. Kritična naloga organizacije je ustvariti pogoje, v katerih ta odločitev ni prepuščena osamljenemu posamezniku sredi incidenta (Copeland & Arnold, 2021; Dunsford, 2022).

Ranljivost pacienta lahko pojasni del njegovega vedenja, ne more pa sama po sebi izničiti meja sprejemljivega ravnanja. Če institucija visoko stopnjo nasilja dopušča z utemeljitvijo, da je pacient bolan, prestrašen ali odvisen od oskrbe, etično odpove pri dolžnosti skrbi za zaposlene. Hkrati bi bil neustrezen tudi odziv, ki bi nasilnega pacienta samodejno izključil iz potrebne oskrbe brez presoje njegovega stanja. Etično vzdržen pristop zahteva oceno tveganja, zadostno število usposobljenih zaposlenih, možnost umika ali pomoči, jasne meje in nadaljevanje obravnave v varnejših pogojih. Travmi prilagojen pristop lahko zmanjša ponovno viktimizacijo, vendar ne sme postati razlog za toleriranje ogrožanja osebja (Purkey, et al., 2018).

S pregledom literature smo ugotovili, da nasilje pomembno vpliva na duševno zdravje in poklicno delovanje zaposlenih. Lanctôt in Guay (2014) sta posledice razvrstila na psihološke, poklicne in organizacijske, Havaei, et al. (2020) pa so pokazali, da delovno okolje in izgorelost posredujeta med nasiljem ter zdravstvenimi izidi medicinskih sester. Wang, et al. (2020) so pri zdravstvenih delavcih, izpostavljenih nasilju, ugotovili izrazitejšje težave v duševnem zdravju. Te ugotovitve se dopolnjujejo z raziskavami o stresu, strahu, anksioznosti, depresivnih simptomih in nameri po odhodu z delovnega mesta (Chang & Cho, 2016; D'Ettorre & Pellicani, 2017; Ebrahimi, et al., 2017). Posledice zato niso omejene na čas incidenta, temveč lahko dolgoročno zmanjšujejo stabilnost zdravstvenega tima (Lanctôt & Guay, 2014; Havaei, et al., 2020; Wang, et al., 2020).

Povezava med nasiljem in kakovostjo obravnave poteka prek več mehanizmov. Psihološko obremenjen zaposleni težje ohranja pozornost, potrpežljivost in čustveno razpoložljivost, ponavljajoči se incidenti pa lahko vodijo v obrambno komunikacijo ali izogibanje določenim stikom. O'Brien, et al. (2024) nasilje opisujejo kot rastoče breme zdravstvenih sistemov, ki vpliva na zaposlene, delovne procese in varnost. Carvalho, et al. (2023) so v primarnem okolju neposredno ugotovili izgubo kakovosti dela, Lanctôt in Guay (2014) pa sta prikazala širše organizacijske posledice. To pomeni, da varnost zaposlenih ni konkurenčna kakovosti oskrbe pacientov; je eden od pogojev, da se kakovost lahko dosledno zagotavlja (Lanctôt & Guay, 2014; Carvalho, et al., 2023; O'Brien, et al., 2024).

V primarnem zdravstvenem varstvu je vpliv na terapevtski odnos posebej pomemben, ker obravnava pogosto temelji na kontinuiteti in dolgotrajnem zaupanju. Po nasilnem incidentu lahko zaposleni in pacient nadaljujeta stike, zato dogodek, ki ni bil obravnavan, vpliva na naslednje pogovore, pripravljenost za razkritje občutljivih informacij ter sprejemanje strokovnih priporočil. Če zdravstveni delavec pričakuje agresijo, lahko stik skrajša; če pacient pričakuje obrambni odziv, se lahko dodatno zmanjša sodelovanje. Kritična interpretacija je, da mora organizacija poleg evidentiranja incidenta načrtovati tudi varen način nadaljnje obravnave. Jasna komunikacija, dogovorjene meje in možnost

vključitve dodatnega člana tima lahko zaščitijo odnos, ne da bi se spregledalo nasilje (Močnik & Vidmar, 2022; Carvalho, et al., 2023).

Slovenska strokovna priporočila se z mednarodnimi ugotovitvami ujemajo v poudarjanju sistemskega pristopa. NIJZ (2023a; 2023b) in ZZS (2023) opozarjajo na pomen evidentiranja dogodkov, varnostnih protokolov, organizacije dela in podpore zaposlenim. Mednarodni pregledi temu dodajajo podatke o visoki razširjenosti, posledicah in ovirah pri poročanju (Liu, et al., 2019; Abreu, et al., 2026). Razlika je v količini empiričnih podatkov: za slovensko primarno okolje je neposrednih raziskav malo, zato mednarodnih stopenj ni mogoče nekritično prenesti. Prav pomanjkanje lokalnih podatkov pa povečuje pomen standardiziranega spremljanja, saj brez njega ni mogoče oceniti, ali se ukrepi odzivajo na dejanska tveganja v posameznih ambulantah (Liu, et al., 2019; NIJZ, 2023a; NIJZ, 2023b; ZZS, 2023; Abreu, et al., 2026).

Drugo raziskovalno vprašanje je pokazalo, da dejavniki tveganja niso omejeni na značilnosti pacienta. Cheung in Yip (2017) sta nasilje povezala z delovnimi pogoji in značilnostmi okolja, Havaei, et al. (2020) pa z organizacijo delovnega okolja in izgorelostjo. Metaanaliza Taherzadeh Chenani, et al. (2024) je izpostavila organizacijske, krizne in delovne dejavnike. Primerjava ugotovitev kaže, da se tveganje oblikuje v stiku med obremenitvami zaposlenih, dostopnostjo storitev, pričakovanji uporabnikov in pripravljenostjo organizacije na konflikt. Zato preventiva, ki se osredotoči samo na vedenje pacienta ali komunikacijske sposobnosti zaposlenega, ne zajame pomembnega dela vzrokov (Cheung & Yip, 2017; Havaei, et al., 2020; Taherzadeh Chenani, et al., 2024).

Kadrovska podhranjenost, velika delovna obremenitev in dolge čakalne dobe vplivajo na tveganje na več ravneh. Zaposleni imajo manj časa za razlago, težje zaznajo zgodnje znake stopnjevanja konflikta in pogosteje opravljajo več nalog hkrati. Pacienti pa lahko zamude in kratko komunikacijo razumejo kot brezbržnost ali nepravilnost, čeprav posamezni zaposleni nima vpliva na sistemske omejitve. V slovenskem primarnem zdravstvu so ti dejavniki posebej relevantni zaradi vloge prve vstopne točke in velikega števila stikov. Organizacijska interpretacija nasilja zato zahteva, da se varnost vključuje

v načrtovanje kadrov, naročanja in dostopnosti, ne šele v odziv po incidentu (Močnik & Vidmar, 2022; ZZS, 2023).

Komunikacijske težave so pomemben dejavnik tveganja, vendar jih je treba razlagati previdno. Jasna razlaga čakalnega časa, postopka obravnave ali razloga za strokovno odločitev lahko zmanjša negotovost in prepreči del konfliktov. To ne pomeni, da je zaposleni odgovoren za nasilno vedenje osebe, ki informacije zavrne ali kljub razlagi prestopi mejo, pomeni pa, da mora organizacija zaposlenim omogočiti dovolj časa, dostopne informacije in usklajena sporočila. Če pacient od različnih članov tima prejema nasprotujoče si odgovore ali ne ve, kam se lahko obrne, se občutek nemoči poveča. Preventivna komunikacija je zato organizacijski proces, ki vključuje celoten tim in informacijske poti, ne le osebno spretnost posameznika (Arnetz, et al., 2017; O'Brien, et al., 2024).

Fizično okolje lahko tveganje poveča ali zmanjša. Prenatrpne čakalnice, izhodi, ki so slabo vidni, delo v izolaciji in odsotnost možnosti za hiter priklic pomoči povečujejo ranljivost zaposlenih. Nasprotno lahko premišljena razporeditev prostorov, alarmni sistemi, dogovorjene poti umika in prisotnost sodelavca pri tveganem stiku zmanjšajo verjetnost resne posledice. Varnostna ureditev ne sme ustvariti vtisa kaznovalnega ali nedostopnega zdravstvenega okolja, temveč mora podpirati varno in dostojanstveno obravnavo. Intervencijska raziskava Arnetz, et al. (2017) potrjuje vrednost strukturiranega organizacijskega pristopa, slovenska priporočila pa poudarjajo prilagoditev ukrepov značilnostim konkretnega delovišča (ZZS, 2023).

Značilnosti pacienta, kot so akutna bolečina, duševna stiska, kognitivna motnja ali vpliv psihoaktivnih snovi, lahko povečajo verjetnost nepredvidljivega vedenja. Vendar njihovo naštevanje brez organizacijskega konteksta ustvarja nevarnost stigmatizacije in napačnega prenosa odgovornosti. Smiselna presoja se osredotoča na trenutno vedenje, stopnjo tveganja in potrebe po oskrbi, ne na diagnozo samo. Dunsford (2022) pokaže, da ranljivost pacienta in ranljivost medicinske sestre delujeta hkrati. Za prakso to pomeni uporabo klinične presoje, deeskalacije, dodatne pomoči in jasnih meja, pri čemer se

pacientu zagotovi potrebna oskrba, zaposlenemu pa razumna zaščita (Phillips, 2016; Dunsford, 2022; O'Brien, et al., 2024).

Krizne okoliščine razkrijejo, kako hitro se lahko organizacijski dejavniki seštejejo. Povečana obremenitev, pomanjkanje kadra, spremembe pravil, strah in omejen dostop lahko hkrati zmanjšajo toleranco uporabnikov ter sposobnost zaposlenih za pravočasno komunikacijo. Byon, et al. (2022) in Taherzadeh Chenani, et al. (2024) sta pokazala povečano breme nasilja v času pandemije, Abreu, et al. (2026) pa opozarjajo, da lahko ekstremna obremenitev ovira tudi dokumentiranje incidentov. Organizacije morajo zato načrte za krizno delovanje dopolniti z varnostnimi postopki, jasnim obveščanjem uporabnikov in poenostavljenim poročanjem, sicer v obdobju največjega tveganja izgubijo tudi podatke, potrebne za ukrepanje (Byon, et al., 2022; Taherzadeh Chenani, et al., 2024; Mento, et al., 2025).

Organizacijska kultura tolerance je eden ključnih dejavnikov, ki nasilje vzdržujejo. Če se verbalne grožnje razumejo kot običajen del poklica, zaposleni dogodkov ne prijavijo, vodstvo pa ne prejme podatkov, ki bi upravičili spremembe. Copeland in Henry (2017) sta pokazala povezavo med toleranco, občutkom varnosti in poročanjem; Abreu, et al. (2026) pa so normalizacijo nasilja prepoznali kot pogosto individualno in sistemsko oviro. Kritična posledica je začarani krog: malo prijav daje videz malo incidentov, navidezno nizko tveganje zmanjšuje vlaganje v preventivo, odsotnost ukrepov pa še zmanjšuje pripravljenost za prijavo. Prekinitev tega kroga zahteva jasno sporočilo vodstva in dosledno obravnavo tudi nefizičnih oblik nasilja (Copeland & Henry, 2017; Abreu, et al., 2026).

Učinkovit sistem poročanja mora biti preprost, varen in povezan z vidnim odzivom. Zaposleni potrebujejo možnost hitrega opisa dogodka, vrste nasilja, okoliščin in posledic, ne da bi jih postopek dodatno obremenil. Pomembni so zaupnost, možnost spremljanja obravnave in povratna informacija o sprejetih ukrepih. Abreu, et al. (2026) poudarjajo, da poročanje ni le dokumentiranje, temveč preventivna intervencija, saj določa, kateri dogodki postanejo vidni in uporabni za organizacijsko učenje. Slovenske ustanove bi

morale prijave redno analizirati po lokaciji, času, vrsti incidenta in sprožilnih okoliščinah ter rezultate povezati s spremembami organizacije dela (NIJZ, 2023a; NIJZ, 2023b).

Odziv neposrednega vodje je pogosto odločilen za nadaljnje zaupanje zaposlenega. Resen pogovor, preverjanje zdravstvenih in psiholoških posledic, pomoč pri prijavi ter obvestilo o nadaljnjih ukrepih sporočajo, da organizacija nasilje priznava. Minimaliziranje dogodka ali vprašanje, kaj je zaposleni storil narobe, pa lahko povzroči sekundarno viktimizacijo. Organizacijski odziv mora zato vključevati jasen protokol po incidentu, možnost razbremenilnega pogovora, strokovno pomoč in analizo delovnega procesa. Takšna podpora ne zmanjšuje profesionalne odgovornosti zaposlenih, temveč omogoča učenje brez prelaganja krivde na žrtev (Lanctôt & Guay, 2014; Abreu, et al., 2026).

Preprečevanje nasilja mora potekati na več nivojih. Posameznik potrebuje znanje za prepoznavanje tveganja in deeskalacijo, tim potrebuje dogovorjene vloge in možnost hitre pomoči, organizacija pa kadrovske, prostorske in postopkovne rešitve. Arnetz, et al. (2017) so pokazali, da strukturirana intervencija, ki združuje podatke o incidentih in načrtovanje ukrepov po posameznih enotah, lahko izboljša preprečevanje. WHO (2018; 2021) prav tako poudarja celovit pristop k poklicnemu nasilju. Program, ki ponudi samo enkratno izobraževanje, ne odpravi dolgih čakalnih dob, nejasnih odgovornosti ali neučinkovitega poročanja, zato mora biti usposabljanje del širšega sistema varnosti (Phillips, 2016; O'Brien, et al., 2024; Abreu, et al., 2026).

Usposabljanje je kljub temu pomemben sestavni del preventive. Vključevati mora prepoznavanje zgodnjih znakov stopnjevanja, mirno in jasno komunikacijo, postavljanje meja, varno telesno razdaljo, priključitev pomoči ter postopke po incidentu. Vaje morajo odražati dejanske situacije posameznega delovišča in vključevati ves tim, ne le medicinskih sester. Posebno pomembno je razlikovanje med deeskalacijo in dolžnostjo prenašanja nasilja: cilj je zmanjšati nevarnost, ne dokazovati, da bi moral zaposleni z boljšo komunikacijo preprečiti vsak dogodek. O'Brien, et al. (2024) in Arnetz, et al. (2017) podpirajo povezovanje usposabljanja z organizacijskimi protokoli, oceno tveganja in odgovornostjo vodstva (Arnetz, et al., 2017; O'Brien, et al., 2024).

V primarnem zdravstvenem varstvu morajo biti ukrepi prilagojeni lokalnemu načinu dela. Ambulanta družinske medicine, pediatrična ambulanta, patronažna služba in dežurna primarna služba imajo različne poti dostopa, prostorske pogoje in vrste stikov. Močnik in Vidmar (2022) poudarjata pomen ukrepov, prilagojenih slovenskemu primarnemu okolju, Carvalho, et al. (2023) pa pokažejo, da zaposleni vzroke in možnosti preventive povezujejo z organizacijo dostopa do storitev. Vsaka enota bi zato morala oceniti svoje kritične točke, določiti jasen postopek ob nasilju, zagotoviti dostop do pomoči in spremljati, ali uvedeni ukrepi dejansko zmanjšujejo tveganje (Arnetz, et al., 2017; Močnik & Vidmar, 2022; O'Brien, et al., 2024).

Pri interpretaciji rezultatov je treba upoštevati kakovost dokazov. Med 20 vključenimi viri prevladujejo pregledi in neeksperimentalne raziskave, le ena raziskava je bila randomizirana intervencijska. Takšna struktura omogoča prepoznavanje doslednih vzorcev, ne omogoča pa trdnih vzročnih sklepov o učinkovitosti posameznega ukrepa. Kljub temu se ugotovitve iz kvantitativnih pregledov, presečnih raziskav, kvalitativne študije in konceptualnih analiz dopolnjujejo: nasilje je razširjeno, verbalne oblike prevladujejo, neprijavljanje je pogosto, posledice pa segajo od duševnega zdravja zaposlenih do kakovosti dela. Skladnost različnih vrst dokazov krepi utemeljenost sistemskega pristopa, hkrati pa opozarja na potrebo po kakovostnejših intervencijskih raziskavah (Polit & Beck, 2021).

Primerjava vključenih raziskav je pokazala, da razpon pojavnosti nastaja tudi zaradi različnih imenovalcev. Nekateri avtorji poročajo o deležu zaposlenih, ki so doživeli vsaj en dogodek, drugi o številu dogodkov na zaposlenega ali o prijavah, zabeleženih v organizacijskem sistemu. Ti kazalniki niso medsebojno zamenljivi. Delež izpostavljenih zaposlenih pokaže širino problema, število ponovitev njegovo intenzivnost, administrativne prijave pa predvsem uporabo prijavnega sistema. Mednarodna pregleda Spector, et al. (2014) in Liu, et al. (2019) zato utemeljeno opozarjata na heterogenost, pregled primarnega zdravstva Yusoff, et al. (2023) pa potrjuje veliko breme nasilja. Kritična interpretacija zahteva, da ustanova ne primerja surovih števil brez podatka o velikosti kolektiva, obdobju opazovanja in načinu zbiranja. Za slovensko prakso bi bil primernejši nabor stabilnih, vnaprej opredeljenih kazalnikov, ki bi omogočal primerjavo

med obdobji in primerljivimi enotami, ne pa tekmovanja med ustanovami z različnimi sistemi poročanja (Spector, et al., 2014; Liu, et al., 2019; Yusoff, et al., 2023).

Prag prijavljanja je pomemben pri razlagi podatkov. Jasno prepoznani dogodki se pogosteje evidentirajo, medtem ko se ponavljajoče se grožnje, kričanje in poniževanje lahko normalizirajo in ostanejo nevidni v uradnih statistikah. Primerjava ugotovitev Spector, et al. (2014), Mento, et al. (2020) in Abreu, et al. (2026) kaže, da neprijavljanje povzroča kumulativni učinek na zaposlene ter zmanjšuje pripravljenost za nadaljnje poročanje. Za prakso to pomeni, da mora ustanova enotno opredeliti prijavljene dogodke in zaposlenim zagotoviti odziv tudi pri ponavljajočih se dogodkih brez telesne poškodbe (Spector, et al., 2014; Mento, et al., 2020; Abreu, et al., 2026).

V primarnem zdravstvenem varstvu ima nasilni dogodek posebno časovno razsežnost. Zaposleni in pacient se lahko znova srečata že ob naslednjem naročenem terminu, zato posledic ni mogoče obravnavati samo kot zaključenega incidenta. Carvalho, et al. (2023) opisujejo vpliv nasilja na zdravje, odsotnosti, premestitve in kakovost dela, Močnik in Vidmar (2022) pa opozarjata na problem v slovenskem primarnem pediatričnem okolju. Po dogodku mora tim uskladiti nadaljnjo obravnavo, opozorilne informacije, prisotnost dodatnega člana ekipe in način komunikacije s pacientom. Če so te odločitve prepuščene prizadetemu zaposlenemu, se organizacijsko tveganje spremeni v njegovo osebno breme. Kritična točka je tudi varovanje zaupnosti: opozorilo o tveganju mora biti dostopno tistim, ki ga potrebujejo za varno delo, hkrati pa ne sme postati stigmatizirajoča oznaka, ki bi pacientu neupravičeno omejila oskrbo. Potreben je dokumentiran, časovno pregledan in sorazmeren načrt (Močnik & Vidmar, 2022; Carvalho, et al., 2023).

Rezultati o poklicnih skupinah in osebnih značilnostih zaposlenih zahtevajo previdnost. Medicinske sestre so v raziskavah pogosto bolj izpostavljene, vendar so tudi številčnejše in imajo več neposrednih ter dolgotrajnih stikov s pacienti. Cheung in Yip (2017) ter Havaei, et al. (2020) nasilje povezujejo z delovnimi pogoji in organizacijskim okoljem, zato razlike ni ustrezno pojasniti samo s spolom, starostjo ali osebnostjo zaposlenega. Takšna razlaga bi lahko vodila v prikrito pripisovanje krivde žrtvi in v ukrepe, usmerjene le v njeno vedenje. Za lokalno oceno tveganja je bolj uporabno spremljanje nalog,

pogostost neposrednih stikov, delo v izolaciji, čas izmene, možnost pomoči in značilnosti prostora. Osební dejavniki so lahko pomembni za način doživljanja ali posledice dogodka, ne smejo pa nadomestiti analize delovnega sistema. Preventiva mora najprej zmanjševati izpostavljenost in krepiti skupinske varovalne mehanizme (Cheung & Yip, 2017; Havaei, et al., 2020).

Čakalne dobe, nejasne informacije in omejena dostopnost so se v pregledanih virih pokazale kot ponavljajoče se okoliščine tveganja. Njihova prisotnost ne pomeni, da je nasilno vedenje upravičeno, pojasnjuje pa, kje lahko organizacija zmanjša verjetnost stopnjevanja konflikta. Yusoff, et al. (2023) ter O'Brien, et al. (2024) poudarjajo večnivojske dejavnike, Carvalho, et al. (2023) pa v primarnem okolju izpostavljajo organizacijo dostopa do storitev. V praksi so koristni pravočasno obveščanje o zamudi, razumljiva pojasnila o vrstnem redu, možnost usmeritve vprašanja odgovorni osebi in jasna pravila vedenja. Kritično pa je, da komunikacijski ukrepi ne prikrijejo pomanjkanja kadra ali nedosegljivosti storitev. Če se od zaposlenih pričakuje, da z vljudnostjo nadomestijo systemske pomanjkljivosti, se breme znova prenese na posameznika. Vodstvo mora komunikacijske ukrepe povezati z realnim načrtovanjem zmogljivosti in s spremljanjem kritičnih točk v procesu (Yusoff, et al., 2023; Carvalho, et al., 2023; O'Brien, et al., 2024).

Analiza neprijavljanja kaže, da prijavi obrazec sam po sebi ne vzpostavi kulture poročanja. Copeland in Henry (2017) povezujeta pripravljenost za prijavo z občutkom varnosti in s pričakovanim odzivom organizacije, Abreu, et al. (2026) pa med ovirami navajajo neučinkovitost postopkov, normalizacijo ter pomanjkanje podpore. Zaposleni mora vedeti, kaj se bo po oddaji prijave zgodilo, kdo jo bo obravnaval in kdaj lahko pričakuje povratno informacijo. Sistem naj omogoča hitro začetno evidentiranje, poznejšo dopolnitev podatkov in ločeno pot za nujno varnostno obravnavo. Pomembno je tudi, da prijava ne povzroči dodatnega administrativnega bremena v trenutku, ko je zaposleni v stiski. Etični kazalnik zato ni le število prejetih prijav, temveč tudi delež pravočasno obravnavanih dogodkov, izvedenih analiz in zaključenih ukrepov. Brez teh podatkov lahko organizacija meri aktivnost sistema, ne pa njegove dejanske učinkovitosti (Copeland & Henry, 2017; Abreu, et al., 2026).

Podpora po incidentu mora združevati takojšnjo varnostno pomoč in poznejšo strokovno obravnavo posledic. Lanctôt in Guay (2014) opisujeta psihološke, poklicne in organizacijske izide, Wang, et al. (2020) pa povezavo med izpostavljenostjo nasilju in težavami v duševnem zdravju. Prvi odziv vodje pomembno vpliva na to, ali se zaposleni počuti slišane ali pa dogodek razume kot nekaj, kar mora prenesti sam. Koristni so preverjanje telesnega stanja, možnost prekinitve dela, pomoč pri prijavi, dostop do psihološke podpore in dogovorjen ponovni razgovor. Kritična presoja mora vključiti tudi nevarnost obveznega enotnega odziva, saj vsi zaposleni ne potrebujejo iste oblike pomoči. Podpora naj bo ponujena, dostopna in zaupna, njena uporaba pa ne sme vplivati na oceno strokovne sposobnosti zaposlenega. Tak pristop krepi pravično kulturo, v kateri je namen obravnave učenje in tudi preprečevanje, ne iskanje krivca (Lanctôt & Guay, 2014; Wang, et al., 2020).

Etična napetost med dolžnostjo oskrbe in pravico do varnosti je posebej izrazita, kadar je nasilno vedenje povezano z boleznijo, kognitivno motnjo ali akutno stisko. Copeland in Arnold (2021) pokažeta, da način razlage dogodka vpliva na moralno presojo, Dunsford (2022) pa poudarja ranljivost pacienta in zaposlenega ter meje dolžnosti zagotavljanja oskrbe. Bolezensko ozadje lahko zmanjša pacientovo odgovornost in zahteva prilagojen klinični odziv, vendar ne odpravi nevarnosti za osebe. Etično sprejemljiva rešitev zato ni avtomatična prekinitve oskrbe niti zahteva, da isti zaposleni nadaljuje stik brez dodatne zaščite. Ustanova mora poiskati najmanj omejujoč varen način: vključitev dodatnega člana tima, spremembo prostora ali termina, strokovno oceno vzroka vedenja in jasn načrt ob morebitnem stopnjevanju. Sorazmernost ukrepa varuje obe strani in preprečuje, da bi se varnost ter dostopnost obravnavali kot izključujoči vrednoti (Copeland & Arnold, 2021; Dunsford, 2022).

Načelo ničelne tolerance je uporabno kot jasno sporočilo, da nasilje ni pričakovani del poklica, vendar samo geslo ne zadošča. Če ni povezano z opredelitvami, postopki in sorazmernimi odzivi, lahko ustvari nerealno pričakovanje, da bo vsak dogodek povsem preprečen ali da bo vsak pacient ob incidentu izključen iz obravnave. Pregledi Phillips (2016), O'Brien, et al. (2024) in Abreu, et al. (2026) podpirajo sistemski pristop, v katerem so odgovornosti določene pred dogodkom. Za primarno raven je primernejše

razumevanje ničelne tolerance kot ničelne tolerance do normalizacije in neodzivnosti. Vsak dogodek mora biti prepoznan, varno obravnavan in uporabljen za učenje, odziv pa mora upoštevati resnost, ponavljanje, namero in klinične okoliščine. Tako načelo ohrani etično jasnost, ne da bi preprečilo individualizirano ter strokovno obravnavo ranljivega pacienta (Phillips, 2016; O'Brien, et al., 2024; Abreu, et al., 2026).

Izvedba preventivnega programa v posamezni ambulanti lahko poteka v ponavljajočem se ciklu. Najprej se zberejo primerljivi podatki o dogodkih in izkušnjah zaposlenih, nato se določijo kritične točke v prostoru in delovnem procesu, izberejo se ukrepi ter odgovorne osebe, po določenem obdobju pa se preveri učinek. Arnetz, et al. (2017) so pokazali vrednost podatkovno podprte intervencije na ravni enot, Močnik in Vidmar (2022) pa podpirata lokalno prilagoditev v slovenskem primarnem okolju. Smiselni kazalniki so število dogodkov glede na število obiskov, delež ponovitev, čas do odziva, delež zaposlenih s povratno informacijo, koriščenje podpore in zaznani občutek varnosti. Začetno povečanje prijav po uvedbi sistema ne sme biti samodejno ocenjeno kot neuspeh, saj lahko pomeni večje zaupanje. Učinek je treba presoјati skozi daljše obdobje in skupaj s podatki o resnosti ter ponavljanju dogodkov (Arnetz, et al., 2017; Močnik & Vidmar, 2022).

Pri ocenjevanju učinkovitosti ukrepov je pomembno razlikovati med procesnimi in izidnimi kazalniki. Opravljeno usposabljanje, sprejet protokol in nameščen alarm potrjujejo izvedbo ukrepa, ne dokazujejo pa še zmanjšanja tveganja. Izidni kazalniki vključujejo spremembo pogostosti in resnosti dogodkov, hitrost pomoči, posledice za zaposlene ter zaupanje v poročanje. Ker je bila med vključenimi viri le ena randomizirana intervencijska raziskava, so sklepi o vzročnem učinku posameznega ukrepa omejeni. Prihodnje slovenske raziskave bi lahko uporabile postopno uvajanje programa v več enotah, merjenje pred uvedbo in po njej ter kombinacijo administrativnih podatkov z anonimnimi anketami in intervjuji. Takšna zasnova bi pokazala, ali se število prijav spremeni in zakaj ter kako ukrep doživljajo zaposleni. S tem bi se zmanjšala odvisnost od enega vira podatkov in izboljšala uporabnost ugotovitev za prakso (Arnetz, et al., 2017; Abreu, et al., 2026).

Za slovensko primarno zdravstveno varstvo pregled razkriva predvsem vrzel v primerljivih lokalnih podatkih. Posamezni strokovni opisi potrjujejo obstoj problema, vendar ne omogočajo zanesljive ocene razlik med dejavnostmi, regijami ali poklicnimi skupinami. Mednarodnih deležev ni mogoče neposredno prenesti zaradi razlik v organizaciji sistema, dostopu in kulturi poročanja. Vseeno se ponavljajoči vzorci iz tujih raziskav ujemajo z opozorili slovenskih virov: verbalno nasilje je pogosto manj vidno, organizacijski pritiski povečujejo tveganje, zaposleni pa potrebujejo jasen institucionalni odziv (Močnik & Vidmar, 2022; Yusoff, et al., 2023). Kritični naslednji korak ni še ena splošna ocena, da je nasilje problem, temveč dogovor o enotni definiciji, minimalnem naboru podatkov in odgovornosti za njihovo analizo. Šele takšna podlaga omogoča preverjanje, ali se varnost izboljšuje in ali so etične zaveze ustanov dejansko uresničene (Močnik & Vidmar, 2022; Yusoff, et al., 2023).

Celoviti odgovor na obe raziskovalni vprašanji je, da pojavnost nasilja ni le varnostni podatek, temveč kazalnik delovanja organizacije. Visoka pogostost, normalizacija verbalnega nasilja in neprijavljanje kažejo na pomanjkljivo zaščito dostojanstva zaposlenih; odsotnost protokolov, povratne informacije in podpore pa na šibko institucionalno odgovornost. Dejavniki tveganja nastajajo v povezavi med delovnimi obremenitvami, dostopnostjo, komunikacijo, okoljem in individualnimi okoliščinami pacienta. Prispevek pregleda je povezava empiričnih ugotovitev z etično presojo: organizacija kakovosti ne more dokazovati samo s strokovnimi izidi, če hkrati dopušča, da zaposleni oskrbo zagotavljajo v okolju normaliziranega nasilja (Copeland & Arnold, 2021; Dunsford, 2022; O'Brien, et al., 2024; Abreu, et al., 2026).

2.5.1 Omejitve raziskave

Omejitve pregleda literature so povezane z razpoložljivostjo celotnih besedil, različnimi opredelitvami nasilja in neenotnimi metodami merjenja. Vključene raziskave so uporabljale različna časovna obdobja, poklicne skupine in zdravstvena okolja, zato stopenj pojavnosti ni mogoče neposredno primerjati ali združiti v enotno oceno za primarno zdravstveno varstvo (Spector, et al., 2014; Liu, et al., 2019; Yusoff, et al., 2023).

Rezultati omogočajo prepoznavanje vzorcev, ne pa natančne napovedi pojavnosti v posamezni slovenski ustanovi (Spector, et al., 2014; Liu, et al., 2019; Yusoff, et al., 2023).

Druga omejitev je sestava dokazov. Med vključenimi viri prevladujejo pregledi in presečne raziskave, zato je mogoče opisati povezave med nasiljem, delovnimi pogoji in posledicami, manj zanesljivo pa presojati vzročnost in dolgoročno učinkovitost preventivnih ukrepov. Le ena vključena raziskava je bila randomizirana intervencijska, kvalitativna raziskava pa je temeljila na majhnem vzorcu iz brazilskega primarnega zdravstvenega okolja. Konceptualni članki so pomembni za etično interpretacijo, vendar ne dajejo empiričnih ocen pogostosti (Arnetz, et al., 2017; Copeland & Arnold, 2021; Dunsford, 2022; Carvalho, et al., 2023).

Pregled prav tako ne omogoča neposrednega vpogleda v vsakodnevne izkušnje zaposlenih v slovenskih ambulantah. Slovenski strokovni viri potrjujejo relevantnost problema, vendar je lokalnih empiričnih podatkov malo. Iskanje je bilo omejeno na slovenski in angleški jezik ter na vire, dostopne v polnem besedilu. Pri Google Scholarju je bilo zaradi velikega števila zadetkov pregledanih prvih 100 rezultatov po relevantnosti, zato obstaja možnost, da posamezen ustrezen vir ni bil zajet. Te omejitve smo upoštevali tako, da ugotovitev nismo posploševali v enotno stopnjo pojavnosti.

2.5.2 Doprinos za stroko ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Pregled literature prispeva k razumevanju nasilja kot povezanega varnostnega, organizacijskega in etičnega problema v primarnem zdravstvenem varstvu. Za zdravstveno nego je posebej pomembna ugotovitev, da dolžnost skrbi za pacienta ni ločena od pravice zaposlenega do varnega dela. Rezultati podpirajo vključevanje nasilja med redno spremljane kazalnike kakovosti, pri čemer se poleg števila incidentov spremljajo tudi neprijavljanje, odziv vodstva, podpora po dogodku in izvedeni preventivni ukrepi (Copeland & Arnold, 2021; Dunsford, 2022; O'Brien, et al., 2024; Abreu, et al., 2026).

Za prakso je smiselna uvedba enostavnih in enotnih poti poročanja, redno usposabljanje za prepoznavanje tveganja in deeskalacijo, ocenjevanje prostorskih ter organizacijskih dejavnikov in obvezna povratna informacija zaposlenemu po prijavi. Ukrepi morajo biti prilagojeni posamezni enoti primarnega zdravstvenega varstva in podprti z jasno odgovornostjo vodstva. Tako se poročanje spremeni iz administrativnega opravila v orodje organizacijskega učenja in preprečevanja ponavljanja incidentov (Arnetz, et al., 2017; Abreu, et al., 2026).

V nadaljnjih raziskavah bi bilo smiselno izvesti večcentrično raziskavo med zaposlenimi v slovenskem primarnem zdravstvenem varstvu z enotno opredelitvijo verbalnega, fizičnega, psihološkega in spolnega nasilja. Raziskava naj poleg pogostosti preveri prijavljanje, razloge za neprijavljanje, posledice za zaposlene, podporo po incidentu in zaznano učinkovitost ukrepov. Koristne bi bile tudi intervencijske raziskave, ki bi pred uvedbo in po uvedbi protokola, usposabljanja ali spremembe organizacije dela merile pojavnost, zaupanje v sistem poročanja in kakovost delovnega okolja.

3 ZAKLJUČEK

V diplomskem delu smo s sistematičnim pregledom literature analizirali pogostost nasilja nad zdravstvenimi delavci v primarnem zdravstvenem varstvu, njegove oblike, dejavnike tveganja in etično razsežnost. Ugotovitve potrjujejo, da gre za sistemski problem visoke intenzivnosti, pri katerem so zaposleni najpogosteje izpostavljeni verbalnemu, redkeje pa fizičnemu nasilju. Psihološke oblike in spolno nadlegovanje so manj vidni ter verjetno pogostejše neprijavljeni, zato uradno število incidentov ne odraža nujno dejanske razširjenosti problema.

Rezultati kažejo, da visoka stopnja nasilja deluje kot kritični etični indikator. Opozarja na ogrožanje temeljnih načel zdravstvene dejavnosti, kot so spoštovanje dostojanstva, zagotavljanje varnega okolja, pravičnost in odgovornost. Nasilje ne prizadene le zaposlenega, temveč lahko prek stresa, izgorelosti, obrambne komunikacije in fluktuacije zmanjša kakovost ter kontinuiteto zdravstvene oskrbe. Nastane etični paradoks, v katerem mora zdravstveni delavec zagotavljati pomoč pacientu, organizacija pa mu za izpolnjevanje te dolžnosti ne zagotovi vedno dovolj varnih pogojev.

Pacientova ranljivost, bolezen ali stiska zahtevajo strokoven in sorazmeren odziv, vendar ne pomenijo, da mora zaposleni sprejeti neomejeno tveganje. Varna obravnava mora hkrati upoštevati potrebe pacienta in pravico zaposlenega do zaščite. Jasne meje, ocena tveganja, možnost priklica pomoči in usklajen odziv tima omogočajo, da se dolžnost oskrbe izvaja brez normalizacije nasilja. Odgovornost za takšne pogoje ne more biti prepuščena posamezniku, temveč jo mora prevzeti zdravstvena ustanova.

Med ključnimi dejavniki tveganja so kadrovske obremenitve, dolge čakalne dobe, nejasne informacije, neustrezna organizacija dela, prostorske omejitve in krizne razmere. Ti dejavniki se prepletajo z individualnimi okoliščinami pacientov in lahko povečajo verjetnost konflikta. Preventiva mora zato povezovati organizacijske spremembe, usposabljanje zaposlenih, varnostne protokole, jasno komunikacijo z uporabniki in lokalno prilagojene ukrepe. Posamezna delavnica ne more nadomestiti ustrezne kadrovske zasedbe, podpore vodstva in delujočega sistema poročanja.

Posebno pomembno je zmanjšati neprijavljanje. Sistem prijave mora biti preprost, varen in časovno izvedljiv, zaposlenemu pa mora zagotoviti povratno informacijo ter podporo. Le podatki, ki jim sledita analiza in ukrepanje, lahko postanejo podlaga za organizacijsko učenje. Spremljanje pojavnosti nasilja mora biti zato vključeno v redno zagotavljanje kakovosti skupaj s preverjanjem odziva po incidentu, učinkovitosti preventive in občutka varnosti zaposlenih.

Za slovensko primarno zdravstveno varstvo so potrebni primerljivi lokalni podatki in raziskave učinkov preventivnih ukrepov. Sistematično spremljanje bi omogočilo prepoznavanje najbolj izpostavljenih delovišč, oblikovanje ciljno usmerjenih protokolov ter boljšo zaščito zaposlenih in pacientov. Varen in spoštljiv odnos ni dodatek h kakovostni zdravstveni obravnavi, temveč njen temelj. Zdravstvena ustanova, ki dosledno preprečuje nasilje in podpira zaposlene po incidentu, hkrati krepi etičnost, zaupanje in kakovost celotnega procesa oskrbe.

4 LITERATURA

Abreu, A.R., Gonçalves, F., Oliveira, S. & Ribeiro, I., 2026. Workplace violence against healthcare workers: a scoping review of reporting practices, barriers to reporting and institutional responses (2020-2025). *BMC Health Services Research*, 26(1), p. 419. 10.1186/s12913-026-14244-4.

Alkorashy, H.A.E. & Al Moalad, F.B., 2016. Workplace violence against nursing staff in a Saudi university hospital. *International Nursing Review*, 63(2), pp. 226-232. 10.1111/inr.12242.

Arnetz, J.E., Hamblin, L., Russell, J., Upfal, M.J., Luborsky, M., Janisse, J. & Essenmacher, L., 2017. Preventing patient-to-worker violence in hospitals. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 59(1), pp. 18-27. 10.1097/JOM.0000000000000909.

Byon, H.D., Sagherian, K., Kim, Y., Lipscomb, J., Crandall, M. & Steege, L., 2022. Nurses' experience with type II workplace violence and underreporting during the COVID-19 pandemic. *Workplace Health & Safety*, 70(9), pp. 412-420. 10.1177/21650799211031233.

Carvalho, K.V., Araújo, P.N., Santos, F.L., Oliveira, P.S., Silva, J.P., Santos, K.S., Viana, A.L. & Fortuna, C.M., 2023. Violence in the nursing workplace in the context of primary health care: a qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(17), p. 6693. 10.3390/ijerph20176693.

Chang, H.E. & Cho, S.H., 2016. Workplace violence and job outcomes of newly licensed nurses. *Asian Nursing Research*, 10(4), pp. 271-276. 10.1016/j.anr.2016.09.001.

Cheung, T. & Yip, P.S.F., 2017. Workplace violence towards nurses in Hong Kong: prevalence and correlates. *BMC Public Health*, 17(1), p. 196. 10.1186/s12889-017-4112-3.

Copeland, D. & Arnold, S., 2021. The moral dilemma of interpreting workplace violence. *Nursing Inquiry*, 28(4), e12406. 10.1111/nin.12406.

Copeland, D. & Henry, M., 2017. Workplace violence and perceptions of safety among emergency department staff members: experiences, expectations, tolerance, reporting, and recommendations. *Journal of Trauma Nursing*, 24(2), pp. 65-77. 10.1097/JTN.0000000000000269.

D'Ettorre, G. & Pellicani, V., 2017. Workplace violence toward mental healthcare workers employed in psychiatric wards. *Safety and Health at Work*, 8(4), pp. 337-342. 10.1016/j.shaw.2017.01.004.

Devi, S., 2020. COVID-19 exacerbates violence against health workers. *The Lancet*, 396(10252), p. 658. 10.1016/S0140-6736(20)31858-4.

Dunsford, J., 2022. Nursing violent patients: Vulnerability and the limits of the duty to provide care. *Nursing Inquiry*, 29(2), e12453. 10.1111/nin.12453.

Ebrahimi, H., Hassankhani, H., Negarandeh, R., Jeffrey, C. & Azizi, A., 2017. Violence against new graduated nurses in clinical settings. *Nursing Ethics*, 24(6), pp. 704-715. 10.1177/0969733015624486.

Eshah, N., Al Jabri, O.J., Aljboor, M.A., Abdalrahim, A., AlBashtawy, M., Alkhawaldeh, A., Saifan, A., Ayed, A. & Rayan, A., 2024. Workplace violence against healthcare workers: a literature review. *SAGE Open Nursing*, 10, pp. 1-12. 10.1177/23779608241258029.

Filej, B., 2018. *Etika v zdravstveni negi*. Maribor: Univerza v Mariboru.

Gabrovec, B., 2017. *Psihično nasilje na delovnem mestu v zdravstvu*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Graneheim, U.H., Lindgren, B.M. & Lundman, B., 2017. Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, pp. 29-34. 10.1016/j.nedt.2017.06.002.

Havaei, F., Olvera Astivia, O.L. & MacPhee, M., 2020. The impact of workplace violence on medical-surgical nurses' health outcome: a moderated mediation model of work environment conditions and burnout using secondary data. *International Journal of Nursing Studies*, 109, pp. 1-9. 10.1016/j.ijnurstu.2020.103666.

Klemenc, D., 2016. *Etični vidiki zdravstvene nege*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije.

Lanctôt, N. & Guay, S., 2014. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: a systematic literature review of the consequences. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), pp. 492-501. 10.1016/j.avb.2014.07.010.

Liu, J., Gan, Y., Jiang, H., Li, L., Dwyer, R., Lu, K. & Yan, S., 2019. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 76(12), pp. 927-937. 10.1136/oemed-2019-105849.

Mento, C., Pandolfo, G., Spatari, G., Silvestri, M.C., Formica, I., Bruno, A., Falgares, G., Muscatello, M.R.A., La Barbiera, C. & De Carlo, A., 2025. The impact of workplace violence on healthcare workers during and after the COVID-19 outbreak. *Public Health in Practice*, 9(2025), pp. 1-2. 10.1016/j.puhip.2024.100572.

Mento, C., Silvestri, M.C., Bruno, A., Muscatello, M.R.A., Cedro, C., Pandolfo, G. & Zoccali, R., 2020. Workplace violence against healthcare professionals: a systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 51(101381). 10.1016/j.avb.2020.101381.

Močnik, A. & Vidmar, K., 2022. Nasilje nad zdravstvenimi delavci v primarni pediatrični ambulanti med pandemijo covid-19. *Slovenska pediatrija*, 29(Suppl. 1), pp. 98-100.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2015. *Nasilje in zdravje*. Ljubljana: NIJZ.

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2020. *Nasilje*. [online] Available at: <https://nijz.si/> [Accessed 3 July 2026].

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2023a. *Raziskovalno poročilo o nasilju in varnosti v zdravstvu*. [pdf] NIJZ. Available at: https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/01/dp2_raziskovalno_porocilo_final.cleaned.pdf [Accessed 26 January 2026].

Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ), 2023b. *Varnost zdravstvenega osebja pri obravnavi pacientov*. [pdf] NIJZ. Available at: https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/01/varnost_zdravstvenega_osebja_pri_obravnavi_pacientov_-_koncno_porocilo.cleaned.pdf [Accessed 26 January 2026].

O'Brien, C.J., van Zundert, A.A.J. & Barach, P., 2024. The growing burden of workplace violence against healthcare workers: trends in prevalence, risk factors, consequences, and prevention - a narrative review. *eClinicalMedicine*, 72(2024), pp. 1-16. 10.1016/j.eclinm.2024.102641.

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, P.M., Boutron, I., Hoffmann, T.C., Mulrow, C.D., Shamseer, L., Tetzlaff, J.M., Akl, E.A., Brennan, S.E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.M., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, E.W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L.A., Stewart, L.A., Thomas, J., Tricco, A.C., Welch, V.A., Whiting, P. & Moher, D., 2021. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. 10.1136/bmj.n71.

Pahor, M., 2018. *Profesionalni odnosi v zdravstveni negi*. Ljubljana: Fakulteta za zdravstvo.

Phillips, J., 2016. Workplace violence against health care workers in the United States. *New England Journal of Medicine*, 374(17), pp. 1661-1669. 10.1056/NEJMra1501998.

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2021. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer.

Purkey, E., Patel, R. & Phillips, S.P., 2018. Trauma-informed care: better care for everyone. *Canadian Family Physician*, 64(3), pp. 170-172.

Skela-Savič, B., 2019. *Kakovost in varnost v zdravstvu*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Spector, P.E., Zhou, Z.E. & Che, X.X., 2014. Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), pp. 72-84. 10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010.

Taherzadeh Chenani, K., Jahangiri, M., Madadzadeh, F. & Sadat Anoosheh, V., 2024. Factors associated with occurrence of workplace violence against healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a meta-analysis. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 30(4), pp. 1115-1123. 10.1080/10803548.2024.2381981.

Tahirbegolli, B., Mustafa, V.H., Sylva, S., Llugaliu-Menxhiqi, L., Bllaca, L., Hasanaj, A., Sadikaj, D., Shkodra, E., Lami, G., Bllaca, Q., Shosholli-Idrizi, H. & Kajtazi, M., 2025. The prevalence of violence against healthcare workers in Kosovo during COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey. *Health Science Reports*, 8(10), e71336. 10.1002/hsr2.71336.

Volonnino, G., Spadazzi, F., De Paola, L., Arcangeli, M., Pascale, N., Frati, P. & La Russa, R., 2024. Healthcare workers: heroes or victims? Context of the Western World and proposals to prevent violence. *Healthcare*, 12(7), p. 708. 10.3390/healthcare12070708.

Wang, W., Lu, L., Kelifa, M.M., Yu, Y., He, A., Cao, N., Zheng, S., Yan, W. & Yang, Y., 2020. Mental health problems in Chinese healthcare workers exposed to workplace violence during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study using propensity score

matching analysis. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13, pp. 2827-2833. 10.2147/RMHP.S279170.

World Health Organization (WHO), 2002. *World report on violence and health*. [pdf] WHO. Available at: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42512/9241545623_eng.pdf?sequence=1 [Accessed 26 January 2026].

World Health Organization (WHO), 2018. *Violence against health workers*. [online] Geneva: WHO. Available at: <https://www.who.int/activities/preventing-violence-against-health-workers> [Accessed 3 July 2026].

World Health Organization (WHO), 2021. *Violence against health workers: synthesis report*. [pdf] WHO. Available at: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/violence-against-health-workers/wvsynthesisreport.pdf> [Accessed 26 January 2026].

World Health Organization (WHO), 2022. *Violence prevention*. [online] Available at: <https://www.who.int/health-topics/violence> [Accessed 3 July 2026].

Yusoff, H.M., Ahmad, H., Ismail, H., Reffin, N., Chan, D., Kusnin, F. & Baharom, M., 2023. Contemporary evidence of workplace violence against the primary healthcare workforce worldwide: a systematic review. *Human Resources for Health*, 21(1), p. 82. 10.1186/s12960-023-00868-8.

Zdravniška zbornica Slovenije (ZZS), 2023. Priporočila za preprečevanje nasilja nad zdravstvenimi delavci. [pdf] ZZS. Available at: <https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/prepre%C4%8Devanje-nasilja/priporo%C4%8Dila-prepre%C4%8Devanje-nasilja-zzs-s-cip.pdf> [Accessed 26 January 2026].