



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

Magistrsko delo
študijskega programa druge stopnje
NAPREDNA ZDRAVSTVENA NEGA

**POMEN KOMUNIKACIJE ZA
PREPREČEVANJE POJAVNOSTI NASILNIH
INCIDENTOV V URGENTNI DEJAVNOSTI
UNIVERZITETNEGA KLINIČNEGA CENTRA
LJUBLJANA**

**IMPORTANCE OF COMMUNICATION FOR
PREVENTING THE OCCURRENCE OF
VIOLENT INCIDENTS IN THE EMERGENCY
DEPARTMENT OF THE UNIVERSITY
MEDICAL CENTRE LJUBLJANA**

Mentorica: izr. prof. dr. Sanela Pivač

Kandidatka: Nika Bokan

Jesenice, maj, 2026

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici izr. prof. dr. Saneli Pivač za svetovanje, strokovno vodenje in pomoč pri nastajanju magistrskega dela.

Posebna zahvala velja moji družini in prijateljem, predvsem možu Gašperju, ki mi je ves čas študija nudil podporo in pomoč.

Zahvaljujem se doc. dr. Branku Bregarju in doc. dr. Katji Pesjak za recenzijo magistrskega dela.

Najlepša hvala Urški Antolin za pomoč pri obdelavi statističnih podatkov in lektorici dr. Aleksandri Gačić Belej za lektoriranje magistrskega dela.

Zahvaljujem se osebju Urgentnega kirurškega bloka v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani in vsem ostalim, ki so sodelovali v procesu raziskave.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Zagotavljanje ustrezne komunikacije je ključni dejavnik v urgentni dejavnosti. Asertivna komunikacija ter ustrezno usposabljanje deeskalacijskih tehnik in ustreznega komuniciranja sta pomembni tehniki za preprečevanje nasilnih incidentov, medtem ko deeskalacijske tehnike predstavljajo dodatno orodje za obvladovanje konfliktov in zagotavljanje varnega okolja.

Cilj: Glavni cilj magistrskega dela je bil ugotoviti povezavo med načinom komuniciranja in izpostavljenostjo različnim oblikam nasilja, povezavo med delovno dobo in nasilnimi incidenti pri medicinskih sestrah in zdravnikih v urgentni dejavnosti UKCLJ.

Metoda: Izvedena je bila presečna raziskava. Uporabljen je bil strukturirani spletni vprašalnik za anketiranje izvajalcev zdravstvene nege in zdravnikov ($n = 213$) v urgentni dejavnosti Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana, kar predstavlja 79,6 % realizacije vzorca. Od poslanih vprašalnikov je bilo vrnjenih 156, od tega je bilo 68 izvajalcev zdravstvene nege (43,6 %) in 88 zdravnikov (56,4 %). V raziskavi je bil uporabljen priložnostni vzorec. Raziskava je bila izvedena v mesecu februarju in marcu leta 2025. Za namen raziskave je bilo pridobljeno pisno soglasje vodstva urgentnega kirurškega bloka, vodstva kirurške klinike UKCLJ ter skupine za raziskovanje v zdravstveni in babiški negi v UKCLJ. Statistično značilnost je določala vrednost $p \leq 0,05$.

Rezultati: Pri izvajalcih zdravstvene nege je bila ugotovljena močna pozitivna povezava med uporabo agresivne komunikacije s pacienti in pojavnostjo nasilnih incidentov ($p = 0,656$, $p < 0,001$), prav tako je bila ugotovljena šibka statistično pomembna povezava med uporabo agresivne komunikacije s pacienti in pojavnostjo nasilnih incidentov pri zdravnikih ($p = 0,494$, $p < 0,001$). Pri izvajalcih zdravstvene nege je statistično pomembna povezava med agresivno komunikacijo z zaznamim fizičnim nasiljem ($p = 0,317$, $p = 0,008$). Prav tako so izvajalci zdravstvene nege več izpostavljeni besednemu nasilju kot zdravniki tako v zadnjem mesecu ($PV = 2,4$; $SO = 1,0$) kot tudi skozi celotno delovno dobo ($PV = 3,3$; $SO = 0,9$).

Razprava: Raziskava je pokazala, da pogostost nasilnih incidentov v urgentni dejavnosti v UKCLJ ni neposredno odvisna od uporabe deeskalacijskih tehnik, temveč od kombinacije komunikacijskega sloga, izkušenj in organizacijskih dejavnikov. Asertivna in empatična komunikacija dokazano zmanjšujeta verjetnost nasilja, medtem ko so

medicinske sestre, zlasti z manj izkušnjami, pogosteje izpostavljene verbalnim oblikam nasilja kot zdravniki.

Ključne besede: nasilje, urgentna dejavnost, deeskalacijske tehnike, komunikacija

SUMMARY

Background: Ensuring appropriate communication is key in emergency care. Assertive communication and proper training in de-escalation techniques and appropriate communication are very important for preventing violent incidents, while de-escalation techniques represent an additional tool for managing conflicts and ensuring a safe environment.

Goals: The main goal of the master's thesis was to determine the connection between the method of communication and exposure to various forms of violence, and the connection between length of service and violent incidents among nurses and doctors in the emergency department of the University Medical Center Ljubljana (UMCL).

Methods: A cross-sectional study was conducted. We used a structured online questionnaire to survey nursing and medical practitioners ($n = 213$) in the emergency department of the UMCL, making the sample realization 79.6%. Of the questionnaires sent, 156 were returned, of which 68 were nursing (43.6%) and 88 were medical practitioners (56.4%). A convenience sample was employed. The study was conducted in February and March 2025. Written consent to conduct the study was obtained from the management of the emergency surgical department, the management of the surgical clinic of the UMCL, and the nursing and midwifery research group at the UMCL. Statistical significance was set at the level of $p < 0.05$.

Results: A strong positive relationship was found between the use of aggressive communication with patients and the incidence of violent incidents among nursing care providers ($\rho = 0.656$, $p < 0.001$), while the relationship was somewhat weaker among physicians ($\rho = 0.494$, $p < 0.001$). Among nursing care providers, a significant correlation was found to exist between aggressive communication and perceived physical violence ($\rho = 0.317$, $p = 0.008$). Nursing care providers were also more exposed to verbal violence compared to physicians during the previous month ($M = 2.4$; $SD = 1.0$) and throughout their entire working life ($M = 3.3$; $SD = 0.9$).

Discussion: The study showed that the frequency of violent incidents in emergency care at the UMCL does not directly depend on the use of de-escalation techniques, but a combination of communication style, experience, and organizational factors. Assertive and empathetic communication has been shown to reduce the likelihood of violence,

while nurses, especially those with less experience, are more often exposed to verbal forms of violence compared to physicians.

Key words: violence, emergency department, deescalating techniques, communication

KAZALO

1 UVOD.....	1
2 PREGLED LITERATURE.....	2
2.1 NASILJE.....	2
2.1.1 Oblike nasilja	4
2.2 KOMUNIKACIJA.....	4
2.2.1 Tehnike komunikacije	6
2.2.2 Dejavniki verbalne in neverbalne komunikacije	7
2.3 DEESKALACIJSKE TEHNIKE	8
2.4 VPLIV KOMUNIKACIJE PRI NASILNIH INCIDENTIH	9
3 RAZISKAVA	11
3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	11
3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE	12
3.3 METODE RAZISKOVANJA	13
3.3.1 Dizajn raziskave.....	13
3.3.2 Opis merskega instrumenta.....	13
3.3.3 Udeleženci raziskave	15
3.3.4 Potek raziskave in soglasja	16
3.3.5 Obdelava podatkov	17
3.4 REZULTATI	18
3.4.1 Osnovni rezultati po vprašanjih	18
3.4.2 Preverjanje hipotez	28
4 RAZPRAVA	35
4.1 OMEJITVE RAZISKAVE	38
4.2 PREDLOGI ZA NADALJNJE RAZISKAVE	39
5 ZAKLJUČEK	41
6 LITERATURA.....	43
7 PRILOGE	
7.1 VPRAŠALNIK	

KAZALO SLIK

Slika 1:	Primerjava skupne zaznave nasilnih incidentov med izvajalci zdravstvene nege in zdravniki v preteklem mesecu	20
Slika 2:	Primerjava učinkovitost uporabe deeskalacijskih tehnik med izvajalci zdravstvene nege	27
Slika 3:	Primerjava pojavnosti nasilnih incidentov glede na delovno dobo med izvajalci zdravstvene nege in zdravniki	34

KAZALO TABEL

Tabela 1:	Zanesljivost vprašalnika	15
Tabela 2:	Razporeditev glede na demografske podatke	16
Tabela 3:	Pogostost opaženih nasilnih incidentov v zadnjem mesecu	18
Tabela 4:	Pojavnost nasilnih incidentov v preteklem mesecu	19
Tabela 5:	Pogostost opaženih nasilnih incidentov med delovno dobo	21
Tabela 6:	Pojavnost nasilnih incidentov skozi celotno delovno dobo v obeh poklicnih skupinah.....	22
Tabela 7:	Najpogostejši povzročitelj nasilja.....	23
Tabela 8:	Ocene različnih pristopov za preprečevanje nasilnih dogodkov	23
Tabela 9:	Pogostost uporabe različnih tipov komunikacije pri različnih ciljnih skupinah.....	24
Tabela 10:	Prevladujoči slog komunikacijskega vedenja	25
Tabela 11:	Ocene stališč zdravstvenih delavcev do učinkovitosti deeskalacijskih tehnik v komunikaciji	26
Tabela 12:	Stališče do učinkovitosti deeskalacijskih tehnik.....	28
Tabela 13:	Povezava med uporabo deeskalacijskih tehnik in pojavnostjo nasilnih incidentov	29
Tabela 14:	Preverjanje povezanosti med komunikacijskimi slogi in pojavnostjo nasilnih incidentov.....	30
Tabela 15:	Preverjanje povezanosti med izraženostjo agresivne komunikacije in zaznanimi oblikami nasilja	31

Tabela 16: Statistična razlika v pojavnosti besednega nasilja med medicinskimi sestrami in zdravniki	32
Tabela 17: Povezava med dolžino delovne dobe v letih in izpostavljenostjo nasilnim incidentom med celotno delovno dobo	33

SEZNAM KRATIC

UKCLJ Univerzitetni klinični center Ljubljana

1 UVOD

V mednarodni literaturi obstajajo različne definicije, ki opredeljujejo pojav nasilja na delovnem mestu, vključno z definicijami Nacionalnega inštituta za varnost in zdravje pri delu, ki ga opredeljuje kot vsak fizični napad ali poskus napada, vedenja ali verbalne zlorabe, ki se zgodi na delovnem mestu. Ta dejanja so v večini primerov dogodki brez smrtnega izida (Timmins, et al., 2022). Nasilje na delovnem mestu je tretji glavni razlog smrti zaradi poškodb pri delu v Združenih državah Amerike in drugi glavni razlog umrljivosti žensk na delovnem mestu. Opredeljen je kot napad ali druga oblika nasilnih dejanj ali groženj, povezanih z delovnim mestom, ki imajo za posledico fizično ali čustveno škodo posamezniku (Janatolmakan, et al., 2023).

V zadnjih letih se je po vsem svetu povečalo število nasilnih dejanj. Medtem ko so primeri nasilja v prostem času, na cestah, v javnih prostorih in v družini relativno pogosti, je pristnost nasilja v zdravstvenih okoljih za številne neznan koncept. Podatki Evropske agencije za varnost in zdravje pri delu kažejo, da je zdravstvo sektor z najvišjimi stopnjami nasilja na delovnem mestu. Nasilje na delovnem mestu lahko pomeni en sam dogodek ali več manjših, ponavljajočih se incidentov, ki lahko skupaj povzročijo resno škodo delavcu. Za zdravstvene delavce nasilje predstavlja kompleksno in nevarno poklicno tveganje. Glavni namen vsakega zdravstvenega sistema je spodbujanje zdravja ob hkratnem zagotavljanju enakih možnosti. Pacient potrebuje mirno in stabilno okolje, v katerem je podprti in se počutijo varnega. Kljub temu se pojavnost nasilja v zdravstvenem sistemu povečuje in čeprav je bil ta pojav raziskan zlasti v povezavi z izvajalci zdravstvene nege, primanjkuje raziskav o nasilju, ki prizadene zdravnike (Berlanda, et al., 2019).

Nasilje v urgentni dejavnosti s strani pacientov in obiskovalcev se po vsem svetu povečuje. Nasilje je kompleksen, večplasten problem z individualnimi, medosebnimi in družbenimi vidiki, ki vsi predstavljajo grožnjo za zagotavljanje varne zdravstvene oskrbe (Janatolmakan, et al., 2023).

2 PREGLED LITERATURE

2.1 NASILJE

Medicinske sestre v urgentni dejavnosti se vsakodnevno ali tedensko srečujejo z incidenti nasilja na delovnem mestu (Copeland & Henry, 2017; Li, et al., 2018) in imajo 1,7-krat večje tveganje za poškodbe v primerjavi z drugimi poklici (Groenewold, et al., 2018). V urgentni dejavnosti je nasilje velik problem tako za zdravstvene delavce kot tudi za paciente, vendar je rešljiv. Glede na visoko pojavnost nasilja v urgentni dejavnosti in očitne negativne posledice je treba take dogodke preprečiti ali vsaj omiliti njihove posledice (Kim, et al., 2022). Medicinske sestre so predstavljene kot ranljiva skupina zaradi narave njihovega dela, ki jih pripelje v tesen stik z ljudmi v neobičajnih situacijah, kar zlahka ustvari napetost (Pich, et al., 2017). Nasilje se lahko pojavi na številnih področjih, vendar je v urgentni dejavnosti pogosto poudarjeno kot posebej zaskrbljujoče (Lenaghan, et al., 2018; Brunero, et al., 2021). Dolge čakalne dobe, nepredvidljivost, prenatrpanost, visoka stopnja stresa, napačne predstave o vedenju ljudi, pacienti pod vplivom substanc (alkohol, droga), pacienti, ki doživljajo bolečino in nelagodje, tesnoba družine in pacientov, jeza in stres je le nekaj primerov, zakaj je urgentna dejavnost dovzetna za nasilje. Skupaj s pomanjkanjem usposabljanja osebja za prepoznavanje potencialno nevarnih pacientov in odzivanje nanje, pomanjkanjem varnostnega osebja ter pomanjkanjem usposabljanja za obvladovanje dejanske in potencialne agresije naredijo službo v urgentni dejavnosti zastrašujoče delovno mesto (Stafford, et al., 2022). Za osebje, ki svoj poklic opravlja v urgentni dejavnosti, namreč obstaja večja verjetnost, da bo doživelo nasilje v primerjavi z drugimi področji v zdravstvu (Sharifi, et al., 2020; Zoleo, et al., 2020). Incidenti nasilja na delovnem mestu lahko privedejo do težav, kot so anksioznost, posttravmatska motnja, nezaupanje, nizka samozavest, povečan stres pri delu, odsotnost z dela, nezadovoljstvo ... (Dadfar & Lester, 2020). Preprečevanje nasilja je zapleteno, čeprav sta zakonodaja in odločnejši ukrepi proti storilcem dobrodošli, je potrebno globlje razumevanje pojava, da se lahko smiselno uporabijo preventivne taktike. Številna združenja pozivajo k politiki ničelne tolerance do nasilja v zdravstvenem okolju (Hassankhani & Soheili, 2017).

Združenja medicinskih sester v urgentni dejavnosti postajajo vse dejavnejša na mednarodni ravni v smislu spodbujanja metod preprečevanja nasilja, zmanjševanja tolerance do kulture, ki sprejema nasilje kot del službe, ter ukvarjanja s povečanjem podpore in preventive. Nasilje nad medicinskimi sestrami večinoma povzročijo pacienti in ne spremljevalci, pogosto pa so izvajalci nasilja oboji. Nekatere študije kažejo, da je pacient bolj verjetno fizično nasilen, medtem ko so spremljevalci bolj verjetno verbalno agresivni. Skrb vzbujajoča ugotovitev v raziskavi je, da medicinske sestre na urgenci pogosto dojemajo nasilje kot neizogiben del svojega vsakodnevnega dela in nerade prijavljajo incidente, kar se odraža v številnih mednarodnih raziskavah. Zanimivo je, da v ZDA obstajajo jasne obveznosti vodstva urgentnih oddelkov, da podpirajo osebe z zagotavljanjem usposabljanja, varnosti in zaščite, napad na urgentnih centrih pa lahko privede do pregona (Timmins, et al., 2022).

Cilj ničelne tolerance sam po sebi ni dovolj in je dejansko preveč ambiciozen glede na visoko tvegano naravo dela zdravstvenih delavcev v urgentni dejavnosti, kjer obstaja velika verjetnost pojava nasilja ter je neločljivo povezano med nasiljem in s stanjem pacientov (zastrupitve z drogami, alkoholom, poškodbe glave, ki vplivajo na vedenje) (Copeland & Henry, 2017). Večplastni pristop k preprečevanju nasilja zahteva priznanje tega visokega poklicnega tveganja medicinskih sester, da se lahko implementirajo ustrezni ukrepi za zmanjšanje pojavnosti nasilja (Aljohani, et al., 2021).

Z ustreznim pristopom in ravnanjem zdravstvenih delavcev uporabnikom zdravstvenega sistema pomagajo, da so njihove izkušnje ob bolezni ali poškodbi bolj pozitivne in se s tem zmanjša možnost neželenih incidentov. Kultura neobsojanja, empatičen pristop ter sodelovanje med zaposlenimi in pacienti so osnova, na kateri bi motalo temeljiti delo vseh zdravstvenih delavcev. Dobra komunikacija je nujna za vzpostavitev pozitivnega odnosa s pacienti za preprečevanje oziroma odpravljanje stiske, ki privede do nasilnih incidentov (Gros, 2019).

2.1.1 Oblike nasilja

Nasilje na delovnem mestu se pojavlja v različnih oblikah, vključuje fizično, verbalno in spolno nasilje, pri čemer je verbalno nasilje najpogostejša oblika (Al-Natour, et al., 2022). Stafford, et al. (2022) opisujejo najpogostejše oblike nasilja, s katerimi se soočajo medicinske sestre v urgentni dejavnosti. To so verbalna, čustvena zloraba, grožnje, spolno nadlegovanje in fizična zloraba (udarjanje s pestjo, brcanje in klofutanje).

V študiji v Keniji (leta 2021) je bila razširjenost nasilja nad medicinskimi sestrami v urgentni dejavnosti v enem letu 73,2-odstotna, storilci so bili v večini primerov pacienti in njihovi svojci. Najpogostejša vrsta nasilja je bila verbalna zloraba. Prav tako je bila raziskava izvedena v Savdski Arabiji leta 2022, kjer je bilo razširjenost nasilja nad medicinskimi sestrami v urgentni dejavnosti v preteklih dveh letih 73,7-odstotna in je bila prav tako najpogostejša oblika nasilja verbalna zloraba. Storilci so bili v 88,3 % pacienti ali njihovi svojci. Raziskava na Kitajskem (leta 2021) je pokazala, da se je 29,1 % nasilja zgodilo tudi nad zdravniki v urgentnih centrih. V Turčiji (leta 2022) je raziskava pokazala razširjenost nasilja nad urgentnimi medicinskimi sestrami v 90 %, kjer je bilo prav tako verbalno nasilje najpogostejše. V primerjavi z ostalimi rezultati raziskav je raziskava na Tajvanu (leta 2021) pokazala, da je bila najpogostejša oblika nasilja psihično nasilje in je bila razširjenost nasilja nad medicinskimi sestrami 54-odstotna (Janatolmakan, et al., 2023). Zaskrbljujoče je, da so medicinske sestre, ki delajo v urgentni dejavnosti, tako pogosto izpostavljene tako fizičnemu kot verbalnemu nasilju med delom, da to postaja normalen del dela (Stafford, et al., 2022).

2.2 KOMUNIKACIJA

Orodja komunikacijske mešanice v zdravstvu temeljijo na medosebni komunikaciji. Medosebna komunikacija je bila prvo človeško duhovno orodje socializacijskega procesa (Chichirez & Purcarea, 2018). Definirana je kot pojav, ki se zgodi med dvema osebama v kontekstu njunega odnosa in ko se razvija, pomaga pri pogajanjih in definiranju odnosa. Komunikacija in interakcija sta kompleksna procesa, ki sta osrednjega pomena za raziskovanje in razumevanje pacientovega zdravstvenega stanja (Parker, et al., 2020).

Izraza komunikacija in interakcija se pogosto uporabljata izmenično in sta le redko jasno opisana ali razložena v raziskavah zdravstvene nege. Komunikacija vključuje tako verbalne kot neverbalne izraze in je opisana kot nekaj, kar se vedno zgodi, ko se ljudje srečajo, zaradi česar je komunikacija predpogoj za konstruktivne interakcije. Komunikacija je osrednji element zdravstvene nege, ki se uporablja kot orodje za vzpostavitev odnosov, vpliva na zdravje in dobro počutje pacientov. Lahko vplije zaupanje, podpira dobro počutje ali dejanja samooskrbe in okrepi pacientovo avtonomijo (Högländer, et al., 2023). Komunikacija velja za temeljno načelo prakse zdravstvene nege. Pomen komunikacije in dobro delujočega odnosa med medicinsko sestro in pacientom za zagotavljanje visokokakovostne oskrbe je dobro znan. Sposobnost zagotavljanja učinkovite komunikacije je poudarjena kot osrednja vrlina za zagotavljanje visokokakovostne oskrbe in varnosti pacientov ter tudi za odkrivanje pomembnih potreb, zagotavljanje podpore in informacij ter izboljšanje učenja pacientov (Kwame & Petrucka, 2022). Slaba komunikacija povečuje tveganje za nasilje. Dejavnika, povezana z zdravstvenim osebjem, zaradi katerih postanejo pacienti jezni, sta slaba komunikacija in neprimerno vedenje zdravstvenih delavcev ob postelji (Chipidza, et al., 2016). Znanje, veščine in odnos medicinskih sester so pomembni za učinkovito komunikacijo in oblikovanje dobrega odnosa medicinska sestra – pacient (Happ, et al., 2014). Učinkovita komunikacija krepi odnos med pacienti in medicinskimi sestrami, kar vodi do boljših rezultatov. Empatična komunikacija lahko pomaga tudi pri spodbujanju povezanosti s pacienti. Empatično neverbalno vedenje je povezano z boljšimi ocenami pacientov o usposobljenosti in toplini zdravstvenih delavcev (Del Vecchio, et al., 2022). Pomembno je, da lahko dobra komunikacija s pacienti pomaga medicinskim sestram pri odkrivanju pacientove jeze v zgodnji fazi, prepoznavanju možnih vzrokov za jezo in učinkovitem obvladovanju pacientove jeze (Kourkouta & Papathanasiou, 2014; Chipidza, et al., 2016).

Komunikacija in njene veščine so zelo pomembne pri medicinskih sestrah, za katere sta potrebni stalno usposabljanje in izobraževanje. S temi se lahko medicinska sestra približa pacientu, mu da občutek podpore, pripadnosti, topline. Prav tako lahko z ustrezno komunikacijo in s tehniko komunikacije preprečimo nasilne incidente, ki se na žalost vedno pogosteje pojavljajo v urgentnih ambulantah. Pogost vzrok nasilnih incidentov s strani pacientov so posledica občutka strahu, dolgih čakalnih dob, bolečine, stiske ... V

urgentnih ambulantah ostaja velik problem preprečevanja nasilnih dogodkov ali vsaj omilitve posledic, kljub ničelni toleranci do nasilja.

2.2.1 Tehnike komunikacije

Učinkovite tehnike dobre komunikacije, ki jih v svojem delu omenja Lapanja (2015), so deeskalacijske tehnike veščine komuniciranja, ki pripomorejo k zmanjševanju napetosti pacienta z uporabo neverbalnih in verbalnih komunikacijskih spretnosti. Cilj teh je zmanjšati jezo, vznemirljivost, potencialno agresivnost pri pacientih, predvsem pa je priporočljivo terapevtsko sredstvo. Proces deeskalacije poteka v štirih fazah. V prvi fazi ocenimo situacijo, nato zmanjšamo jezo pacienta, razjasni težavo in na koncu poizkušamo rešiti to težavo.

Obstaja nekaj splošnih načel komuniciranja z nasilnimi pacienti, ki pa jih je treba prilagajati glede na okoliščine (osnovno stanje pacienta).

Med splošne ukrepe spadajo (Vovko & Rukavina, 2017):

- umik iz situacije,
- v primeru, da umik ni možen, se poskušamo skriti (se ne izpostavljamo),
- fizična prisila v primeru, da ostalih možnosti ni oziroma so izčrpane,
- pacienta poskušamo spoštljivo in empatično umiriti,
- enostavna pravila,
- deeskalacija agitacije in nasilnega vedenja.

Asertivno komunikacijo je nujno treba uporabljati v terapevtski informativni komunikaciji s pacienti. Učinkovito komunikacijo lahko vzpostavimo s pacientom samo, če podane informacije individualno prilagodimo njegovi ravni zdravstvene pismenosti z upoštevanjem načela asertivne komunikacij, s spoštovanjem sogovornika in situacije. Oseba, ki uporablja agresivno komunikacijo, ne spoštuje sogovornika in vsiljuje svoja stališča. Pri taki komunikaciji se lahko sogovorniki počutijo prizadete, zlorabljene, ponižane in jezne. Po drugi strani je pasivna komunikacija tista, v kateri oseba ne spoštuje sebe. Pasivno vedenje posameznika do drugih povzroči različne odzive, od sočutja do

prezira, nestrpnosti in jeze. Kakovostna komunikacija v zdravstvu je pogoj za zagotavljanje ustrezne zdravstvene oskrbe in to z izboljšanjem zdravstvene komunikacije v zdravstveni negi razvija zmožnosti zdravstvenega osebja, da bi bolje razumeli pacientova čustva in občutke. Asertivnost je zelo pomembna lastnost, ki bi jo morali imeti vsi zdravstveni delavci, še posebej medicinske sestre. Raziskave so pokazale, da le malo medicinskih sester uporablja ta stil komuniciranja in da se pogosteje zatečejo k neasertivnemu vedenju. Asertiven slog vedenja implicira umirjenost tona in sproščen, samozavesten odnos s spoštovanjem do sogovornika, kar mu bo vlilo zaupanje. Taka komunikacija stremi k razumevanju dvosmerne komunikacije, doseganju kompromisov in dogovorov ter iskanj zadovoljive rešitve za obe strani ter pri tem ohranja integriteto obeh osebnosti (Krstić & Kekuš, 2023).

2.2.2 Dejavniki verbalne in neverbalne komunikacije

Optimalna zdravstvena obravnava zahteva učinkovito komunikacijo med pacientom in zdravstvenim delavcem, bodisi v verbalni bodisi neverbalni obliki. Osebna interakcija med pacienti in zdravstvenimi delavci je ključna zahteva za doseganje učinkovite zdravstvene storitve in preprečevanje neželenih izidov. Motnja pri komunikaciji, bodisi verbalni ali neverbalni, je ključni razlog za nasilje v zdravstvenem okolju poleg drugih organizacijskih, okoljskih in individualnih dejavnikov (dolgi čakalni časi, neskladje med pričakovanji pacientov in prejetimi storitvami, psihiatrične bolezni ...). Učinkovita verbalna in neverbalna komunikacija na delovnem mestu je prava obramba pred nasiljem, saj dobre komunikacijske veščine zdravstvene delavce naredijo samozavestnejše pri preprečevanju nasilnih incidentov (Munther, et al., 2021).

Neverbalna komunikacija je splošno prepoznana kot sredstvo za posredovanje afektivnih in čustvenih informacij, pri čemer so raziskave pokazale, da je obrazni izraz zanesljiv kazalnik človeških čustev. Potreba po izražanju s parajezikom se je v raziskavi pokazala kot zelo pomembna. Ploh in utrujen tok izraža občutek prezira. Zdravniki, ki govorijo gladko in jasno z ustrezno intonacijo vitalne vsebine ter se odzivajo z ustrezno raznolikostjo glasnosti, so v primerjavi s tistimi, ki govorijo monotono, dojeti kot bolj kompetentni. Sposobnost vzdrževanja očesnega stika s pacientom je ključnega pomena,

saj pogled služi za izražanje zanimanja za osebo in olajša zbiranje informacij (Kee, et al., 2018).

Neverbalne komunikacijske spretnosti (Kee, et al., 2018):

- stik z očmi,
- izraz obraza,
- parajezik (ponazarja, kako so besede izgovorjene).

Verbalne komunikacijske spretnosti (Kee, et al., 2018):

- aktivno poslušanje,
- neprimerna izbira besed,
- vsebina posredovanih informacij,
- slab odnos.

2.3 DEESKALACIJSKE TEHNIKE

Gre za pravila komuniciranja v potencialno nevarnih situacijah, ki imajo cilj umiriti situacijo (deeskalacija), ne glede na osebno anamnezo pacienta ali duševno motnjo. Namen je zmanjšati stopnjo vznemirljivosti, jeze, potencialne agresivnosti in sovražnosti (Vovko & Rukavina, 2017):

- Pomembno je ostati miren. Pomembno je, da obvladujemo čustva in se izogibamo čezmernemu odzivanju. Pomagamo si lahko s tehniko dihanja.
- Obvladovati moramo svoj glas, izraznost obraza, govorico telesa. Gibi morajo biti umirjeni, treba je spoštovati osebni prostor.
- Ne odzivamo se na žalitve.
- Premislimo, preden spregovorimo (v primeru občutka jeze ali strahu).
- Nismo žaljivi ali nesramni.
- Poslušamo osebo, je ne prekinjamo.
- Ne moraliziramo in ne poučujemo.
- Ne kričimo, govorimo v tonu, da nas sogovornik dobro sliši. Govor naj bo počasnejši, z nekoliko nižjim glasom kot običajno ter z izenačenim in mirnim tonom.

- Vodimo pogovor in ne sledimo pacientu (asertivnost).

Hitro in učinkovito reševanje konfliktov je nujno potrebno za dobro delovno okolje. Pri tem si lahko pomagamo s pristopom LEAP (angl. Listen, Empathize, Agree in Partner), kar pomeni:

- poslušati,
- sočustvovati,
- strinjati se,
- partnerstvo.

Program k obvladovanju tveganj lahko prinese pozitivne rezultate za boj proti nasilju na delovnem mestu. Poleg zmanjšanja tveganj lahko pristop k obvladovanju nasilnih incidentov zmanjša tudi finančno breme, povezano s tem (Sweet, 2017).

2.4 VPLIV KOMUNIKACIJE PRI NASILNIH INCIDENTIH

Komunikacija med pacientom in zdravstvenim delavcem je osrednja klinična zahteva in samoumevno je, da uspeh zdravstvenih delavcev ni več povezan le z njihovo sposobnostjo zagotavljanja zdravstvene oskrbe in medicinskih storitev ter tudi ni povezan s količino informacij, ki jih imajo. V veliki meri je odvisen od njihove sposobnosti komuniciranja s pacientom in z njegovimi svojci. Od zdravstvenega delavca se pričakuje, da je dober komunikator, sicer lahko pride do nasilnega incidenta s strani pacienta ali njegovih svojcev zaradi pomanjkljivih in nejasnih informacij ter posledično nezadovoljstva z opravljeno zdravstveno storitvijo. Velika večina incidentov se lahko pripiše pomanjkanju dobrih komunikacijskih veščin, ki so potrebne od zdravstvenega delavca, da bi pomiril svoje paciente pred začetkom zdravniškega pregleda (Munther, et al., 2021).

Komunikacija je ključnega pomena za doseganje dobre zdravstvene oskrbe, zadovoljstva pacientov, medsebojno zaupanje in spoštovanje pravic osebja. Verbalni in neverbalni nesporazumi med pacienti in zdravstvenimi delavci pa zaradi svojega negativnega vpliva vplivajo na zdravstvene storitve kar predstavlja resen problem. Zdravstveni delavci

morajo upoštevati razlike v starosti, spolu, izobrazbi in kraju bivanja pacientov, da bi lahko učinkovito komunicirali in se izognili možnosti za nasilni incident. Priporočljivo je izboljševanje verbalnih in neverbalnih komunikacijskih veščin med zdravstvenimi delavci, da bi spodbudili ustrezno raven zaupanja s pacienti. To zahteva obsežne tečaje usposabljanja kot zahtevo, ki jo opravijo pred začetkom dela (Munther, et al., 2021). Izobraževanje in usposabljanje na področju komunikacije veljata za učinkovita orodja za upravljanje proti nasilju na delovnem mestu (Baby, et al., 2018).

V magistrskem delu želimo opredeliti povezavo med komunikacijo in nasilnimi incidenti ter poudariti učinkovite ukrepe za preprečevanje teh, ki se pojavijo predvsem pri zdravstvenih delavcih s strani pacientov in svojcev.

3 RAZISKAVA

V nadaljevanju predstavljamo opisno raziskavo, ki je bila izvedena v Urgentnem kirurškem bloku Univerzitetnega kliničnega centra (v nadaljevanju UKCLJ). Ciljna populacija so bili izvajalci zdravstvene nege (bolničar-negovalec, srednja medicinska sestra/zdravstvenik, višja medicinska sestra, diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik in magistri zdravstvene nege ali drugih smeri) in zdravniki (specializanti in zdravniki specialisti). Predmet raziskovanja so bili nasilni incidenti, ki so jih zdravstveni delavci doživljali s strani pacientov in svojcev ter občasno s strani sodelavcev. Raziskovali smo pojavnost različnih oblik nasilja (besedno, fizično, psihično, spolno in ekonomsko nasilje) ter njihovo povezanost z načinom komuniciranja zdravstvenih delavcev. Prav tako smo v raziskavi obravnavali različne komunikacijske sloge in tehnike komuniciranja (asertivni, agresivni, pasivni in deeskalacijske tehnike).

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Nameni magistrskega dela je ugotoviti oblike nasilnih incidentov v urgentni dejavnosti, tehnike komuniciranja, dejavnike verbalne in neverbalne komunikacije ter deeskalacijske tehnike. V raziskovanju so nas zanimala povezave med nasilnimi incidenti in uporabo deeskalacijskih tehnik, pojavnost različnih oblik nasilja ter povezava med delovno dobo, spolom in pojavnostjo nasilnih incidentov.

Cilji raziskovalnega dela so bili:

- ugotoviti povezavo med uporabo deeskalacijskih tehnik komuniciranja medicinskih sester in zdravnikov ter pojavnostjo nasilnih incidentov s strani pacientov in svojcev v urgentni dejavnosti UKCLJ;
- ugotoviti povezavo med načinom komuniciranja medicinskih sester in zdravnikov v urgentni dejavnosti UKCLJ ter pojavnostjo nasilnih incidentov s strani pacientov in svojcev nad medicinskimi sestrami in zdravniki v urgentni dejavnosti UKCLJ;
- ugotoviti pojavnost verbalnega nasilja in fizičnega nasilja s strani pacientov in svojcev pri medicinskih sestrah in zdravnikih v urgentni dejavnosti UKCLJ;

- ugotoviti razliko v pojavnosti verbalnega nasilja s strani pacientov med medicinskimi sestrami in zdravniki v urgentni dejavnosti UKCLJ;
- ugotoviti povezanost med delovno dobo medicinskih sester in zdravnikov ter izpostavljenostjo nasilnim incidentom s strani pacientov v urgentni dejavnosti UKCLJ.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE

V magistrskem delu smo preverili naslednje raziskovalne hipoteze (v nadaljevanju H):

H1: Uporaba deeskalacijskih tehnik komuniciranja medicinskih sester in zdravnikov v urgentni dejavnosti UKCLJ je statistično pomembno povezana z zmanjšanjem pojavnosti nasilnih incidentov s strani pacientov in svojcev.

H2: Obstaja statistično pozitivna povezava med načinom komunikacije medicinskih sester in zdravnikov ter pojavnostjo nasilnih incidentov s strani pacientov in svojcev nad medicinskimi sestrami in zdravniki. Pri medicinskih sestrah in zdravnikih v urgentni dejavnosti UKCLJ, ki asertivno komunicirajo s pacienti, so nasilni incidenti manj verjetni kot pri medicinskih sestrah in zdravnikih, ki agresivno komunicirajo.

H3: V urgentni dejavnosti UKCLJ so medicinske sestre in zdravniki, ki agresivno komunicirajo, statistično bolj izpostavljeni besednemu in fizičnemu nasilju s strani pacientov in svojcev kot nadlegovanju in zalezovanju.

H4: Obstaja statistično pomembna razlika pri pojavnosti verbalnega nasilja s strani pacientov med medicinskimi sestrami in zdravniki v urgentni dejavnosti UKCLJ. Verbalno nasilje je pogostejše v odnosu do medicinskih sester.

H5: V urgentni dejavnosti UKCLJ so medicinske sestre in zdravniki s krajšo delovno dobo bolj izpostavljeni nasilnim incidentom s strani pacientov kot medicinske sestre in zdravniki z daljšo delovno dobo.

3.3 METODE RAZISKOVANJA

Za pridobivanje vpogleda v raziskovalni problem smo izbrali kvantitativno paradigmo raziskovanja, podatke smo zbirali z anketiranjem.

3.3.1 Dizajn raziskave

Teoretični del magistrskega dela je temeljil na pregledu strokovne in znanstvene literature, podatki v empiričnem delu pa so bili pridobljeni po kvantitativni metodi raziskovanja. V okviru priprav na raziskavo in iskanju literature smo pregledali literaturo, izdano v obdobju od februarja 2013 do 2023, iz različnih knjižnic in podatkovnih baz: CINAHL, PubMed, Wiley Online Library, COBISS, ProQuest, EBSCOhost in Obzornika zdravstvene nege. Kot ključne besede za iskanje strokovne literature smo izbrali naslednje besede in besedne zveze: communication skills and nurses, violence in emergency department, nasilje v urgentni dejavnosti, komunikacija v zdravstveni negi in tehnike komuniciranja v zdravstveni negi. Ključne besede smo povezali z Boolovim operaterjem AND (IN) ter OR (ALI) v različnih kombinacijah in načinih. Vključena merila so bili članki, objavljeni v slovenskem ali angleškem jeziku, ki niso bili starejši več kot 10 let, so bili dostopni v celotnem besedilu, recenzirani strokovni in znanstveni članki ter ustreznost teme člankov. Za namen empiričnega dela smo pridobili podatke s pomočjo tehnike anketiranja, ki je potekalo v elektronski obliki, poslane vsem zaposlenim v urgentni dejavnosti UKCLJ.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Uporabili smo metodo anketiranja. Podatke smo zbirali s pomočjo strukturiranega vprašalnika (Priloga 1), ki smo ga pripravili na podlagi pregleda literature avtorjev (Lapanja, 2015; Copeland & Henry, 2017; Li, et al., 2018; Gros, 2019; Kim, et al., 2022; Stafford, et al., 2022). Vprašalnik so sestavljala vprašanja zaprtega tipa, odprtega tipa in Likertovih lestvic stališč.

Vprašalnik je vključeval tri sklope. Prvi sklop je vseboval splošna demografska vprašanja (spol, starost, izobrazbo, delovno mesto, delovno dobo). Drugi sklop je vseboval vprašanja o nasilnem dogodku (pogostost nasilnih dogodkov, oblika nasilnih dogodkov in povzročitelj nasilnega dogodka). Vsebuje pet trditvev, na katera so pri drugi, tretji, četrti in peti trditvi odgovarjali s 5-stopenjsko Likertovo lestvico, ki odraža stopnjo strinjanja. Pri prvi trditvi drugega sklopa je frekvenčna lestvica, ki meri pogostost pojava nasilnih incidentov v zadnjem mesecu. Pri drugi, tretji in peti trditvi drugega sklopa je Likertova lestvica stališč, kjer posamezne trditve pomenijo: 1 – nikoli, 2 – redko, 3 – včasih, 4 – pogosto in 5 – vedno. Pri četrti trditvi drugega sklopa je bila tudi uporabljena Likertova lestvica pogostosti, kjer je pomenilo: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – se niti strinjam niti ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam.

V tretjem sklopu so štiri trditve o obliki komuniciranja z različnimi ciljnimi skupinami in o učinkovitosti deeskalacijskih tehnik pri nasilnem dogodku. Pri prvih treh trditvah tretjega sklopa je Likertova lestvica stališč, kjer posamezne trditve pomenijo: 1 – nikoli, 2 – redko, 3 – včasih, 4 – pogosto in 5 – vedno. Pri zadnji trditvi je Likertova lestvica strinjanja, kjer pomeni: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – se niti strinjam niti ne strinjam, 4 – se strinjam, 5 – se popolnoma strinjam.

Zanesljivost in veljavnost vprašalnika smo predhodno preverili z izvedbo pilotne raziskave. V pilotno raziskavo smo vključili 10 izvajalcev zdravstvene nege ter 10 zdravnikov specializantov in specialistov. Po pilotni raziskavi smo vprašanju 6 dodali tudi možnost spolnega, ekonomskega in psihičnega nasilja, saj smo želeli izboljšati zanesljivost vprašanja in zagotoviti enotnost glede na predhodno vprašanje, ki je vsebovalo vseh pet oblik nasilja. Po pilotni raziskavi smo izločili trditvev, vezano na to, kakšno obliko nasilja so doživeli, saj so odgovori, ki jih pridobimo, podobni rezultatom sedmega vprašanja (vprašanje o oblikah nasilja, ki so jih doživeli med celotno delovno dobo).

V tabeli 1 je prikazana zanesljivost merskega instrumenta, ki smo jo preverili s Cronbach alfa koeficientom v programu SPSS 25.0. Izračun Cronbachovega alfa koeficienta smo naredili pri vprašanju 12, ki vsebuje 14 trditvev, ki se nanašajo na stališča o uporabi

deeskalacijskih tehnik kot veščin komunikacije v zdravstveni negi, ki je bil tudi edini metodološko smiseln sklop za preverjanje metode analize notranje konsistentnosti. Te trditve merijo enoten konstrukt in so ocenjene na Likertovi lestvici strinjanja, zato je izračun interne konsistentnosti možen. V tabeli 1 vidimo, da znaša Cronbachova alfa 0,850, kar kaže na zelo dobro zanesljivost. Zanesljivost instrumenta je slaba, če je vrednost manj kot 0,6; zmerna, kadar je vrednost med 0,6 in 0,80; ter zelo dobra, kadar je vrednost nad 0,80 ali več (Tavakol & Dennick, 2011).

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika

Vprašanje	Št. trditev	Cronbach alfa
Uporaba deeskalacijskih tehnik	14	0,850

Pri preostalih sklopih vprašanj izračun Cronbach alfa koeficienta ni bil smiseln, saj vsebujejo le po tri do pet postavk, ki ne merijo enotnega psihološkega konstrukta, temveč raznolike vidike vedenja ali izkušenj (npr. če je prisotna pojavnost besednega nasilja, ni nujno, da bo prisotno tudi fizično, spolno ali druga vrsta nasilja), kar zmanjšuje smiselnost ocene notranje konsistence.

3.3.3 Udeleženci raziskave

Vseh zaposlenih, ki so opravljali delo v mesecu februarju in marcu 2025, je bilo 196, v raziskavo smo vključili 156 zaposlenih, kar predstavlja 79,59-odstotno realizacijo vzorca.

Vzorec raziskave je priložnostni in so ga predstavljali zaposleni v Urgentnem kirurškem bloku Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani. Vseh zaposlenih v urgentnem kirurškem bloku je 213. V raziskavo smo vključili 156 (100 %) zaposlenih, šest (3,06 %) bolničarjev-negovalcev, 26 (13,27 %) tehnikov zdravstvene nege, 50 (25,51 %) diplomiranih/višjih medicinskih sester in 5 (2,55 %) magistrstov zdravstvene nege ali drugih smeri. Specialistov travmatologije je 39 in štirje so specialisti urgentne medicine, od tega je v mesecu februarju 2025 in marcu 2025 opravljalo neprekinjeno zdravstveno varstvo 26 (13,27 %) specialistov. V obdobju anketiranja je opravljalo neprekinjeno zdravstveno varstvo 83 (42,35 %) specializantov (v mesecu februarju 2025 je neprekinjeno zdravstveno varstvo opravljalo 79 specializantov in v mesecu marcu 2025

75 specializantov. Zaradi oblike dela je imelo anketo možnost izpolniti 83 specializantov). Razlika med številom zaposlenih in številom vključenih v anketo se razlikuje, saj je neprekinjeno zdravstveno varstvo v času ankete opravljalo 196 zaposlenih.

Iz tabele 2 je razvidno, da je bil najmlajši udeleženec star 25 let, najstarejši 62 let, povprečna starost pa je bila 34,96 leta. Povprečna delovna doba je 11,03 leta. Najnižja delovna doba je eno leto in najvišja je 40 let. Iz tabele je razvidno, da je sodelovalo 65 žensk in 91 moških, kar pomeni 41,67 % žensk in 58,33 % moških vseh anketiranih oseb. V raziskavi je sodelovalo pet bolničarjev-negovalcev (3,21 %), 21 (13,46 %) tehnikov zdravstvene nege, 38 (24,36 %) diplomiranih medicinskih sester, 72 (46,15 %) zdravnikov specializantov in 16 (10,26 %) zdravnikov specialistov.

Tabela 2: Razporeditev glede na demografske podatke

n		Min.	Max.	PV	SO
Starost	156	25	62	34,90	8,48
Delovna doba	156	1	40	11,03	9,98
N			%		
Spol	Moški	65	41,67		
	Ženska	91	58,33		
	Skupaj	156	100,00		
N			%		
Izobrazba	Bolničar-negovalec	5	3,21		
	Srednja medicinska sestra/zdravstvenik	21	13,46		
	Višja medicinska sestra, diplomirana medicinska sestra/zdravstvenik	38	24,36		
	Magister zdravstvene nege ali drugih smeri	4	2,56		
	Zdravnik specializant/ka	72	46,15		
	Zdravnik specialist/ka	16	10,26		

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; Min. = minimum; Max. = maksimum; SO = standardni odklon, % = odstotek.

3.3.4 Potek raziskave in soglasja

Za izvedbo raziskave smo pridobili soglasje Strokovnega kolegija zdravstvene nege Urgentnega kirurškega bloka Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Raziskava je bila izvedena med februarjem 2025 in marcem 2025. Vodstvo urgentnega kirurškega

bloka smo seznanili z namenom in s cilji raziskave. Vprašalnik s specifičnimi navodili smo poslali v tajništvo urgentnega kirurškega bloka, ti pa so jih razdelili med zaposlenimi.

Anketiranci so v raziskavi sodelovali prostovoljno in anonimno. Vsi pridobljeni podatki so varovani. Anketirancem smo zagotovili anonimnost, zaupnost, pravico do samoodločbe, pravico do zasebnosti, pravico do polne pojasnitve in pravico do neškodovanja. Upoštevali smo načela Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi (2014).

3.3.5 Obdelava podatkov

Pridobili smo kvantitativne podatke, ki smo jih analizirali s programskima orodjema MS Excel in SPSS 25.0. Za splošni pregled analiziranih podatkov smo uporabili opisno statistiko, frekvence (n), povprečje, standardni odklon (SO), minimum (Min), maksimum (Max), odstotke (%). Opisno statistiko smo opravili s pomočjo programa MS Excel, preostale naprednejše analize pa s programom SPSS. Poleg testa normalnosti (Shapiro-Wilk in Kolmogorov-Smirnov preizkus), ki je pri vseh spremenljivkah pokazal statistično značilna odstopanja do normalne porazdelitve ($p < 0,001$), je tudi vizualni pregled histogramov nakazal asimetrične in od normalnosti odstopajoče porazdelitve. Zaradi neizpolnjenih predpostavk normalnosti in narave podatkov (ordinalna lestvica z omejenim razponom izbranih ocen, asimetrične porazdelitve smo uporabili neparametrične statistične teste, ki so v takšnih primerih metodološko ustrežnejši).

Za preverjanje razlik med dvema skupinama smo uporabili neparametrično različico t-testa (Mann-Whitneyjev U-test). Poleg tega smo za primerjavo več skupin uporabili tudi enosmerno analizo variance (One-Way ANOVA). Za preverjanje povezanosti med spremenljivkami smo uporabili izračun korelacijskega koeficienta (Spearmanov koeficient korelacije rangov). Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, kjer bo stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 in manj.

Za namene naše nadaljnje analize smo anketirane osebe razvrstili glede na njihov poklic v dve glavni skupini: izvajalce zdravstvene dejavnosti (kamor sodijo bolničar negovalec, srednje medicinske sestre/zdravstveniki, višje medicinske sestre/diplomirane medicinske

sestre in magistri zdravstvene nege in drugih smeri) ter zdravnike (specializante in specialiste). Takšna razvrstitev nam omogoča pregledno primerjavo med poklicnima skupinama glede na njihove izkušnje z nasiljem, komunikacijske sloge in uporabo deeskalacijskih tehnik. V vzorcu je bilo skupno zajetih 156 oseb, od tega 68 izvajalcev zdravstvene nege (kar predstavlja 43,6 % vseh anketiranih) in 88 zdravnikov (kar predstavlja 56,4 % anketiranih). Porazdelitev enot v dve skupini je uravnotežena in nam omogoča smiselne statistične primerjave med skupinama v nadaljevanju raziskave.

3.4 REZULTATI

3.4.1 Osnovni rezultati po vprašanjih

Najprej predstavljamo odgovor na vprašanje, kolikokrat so bili anketirani v zadnjem mesecu priča nasilnim dogodkom na delovnem mestu.

Tabela 3 prikazuje pogostost opaženih nasilnih incidentov med zaposlenimi v urgentnem kirurškem bloku v zadnjem mesecu. Najpogostejše opažena oblika nasilja je bilo besedno nasilje, saj je vsaj en primer zaznalo več kot 90 % ($n = 143$) anketiranih. Sledi psihično nasilje, ki ga je zaznalo več kot 70 % ($n = 113$) sodelujočih. Fizično nasilje je bilo prisotno v manjši meri ($n = 99$, 63,4%), saj več kot dve tretjini anketiranih sploh ni zaznalo, medtem ko jih je dobrih 40 % ($n = 67$) poročalo o enem primeru. Najredkeje opaženi obliki nasilja sta bili ekonomsko nasilje in spolno nasilje, pri čemer več kot 85 % (pri ekonomskem nasilju $n = 135$, pri spolnem $n = 139$) anketiranih ni zaznalo nobenega primera tovrstnega nasilja v zadnjem mesecu.

Tabela 3: Pogostost opaženih nasilnih incidentov v zadnjem mesecu

Oblike nasilja	0		1		2		3		4 ali večkrat		Skupaj			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	PV	SO
Besedno nasilje	13	8,3	37	23,7	43	27,6	38	24,4	25	16,0	156	100,0	2,2	1,2
Fizično nasilje	57	36,5	67	42,9	24	15,4	8	5,1	0	0,0	156	100,0	0,9	0,9
Ekonomsko nasilje	135	86,5	20	12,8	1	0,6	0	0	0	0,0	156	100,0	0,1	0,4
Spolno nasilje	139	89,1	15	9,6	1	0,6	0	0	1	0,6	156	100,0	0,1	0,5

Oblike nasilja	0		1		2		3		4 ali večkrat		Skupaj			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	PV	SO
Psihično nasilje	43	27,6	63	40,4	45	28,8	5	3,2	0	0,0	156	100,0	1,1	0,8

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotek; PV = povprečna vrednost (0 – nikoli, 1-krat, 2-krat, 3-krat in 4- ali večkrat); SO = standardni odklon.

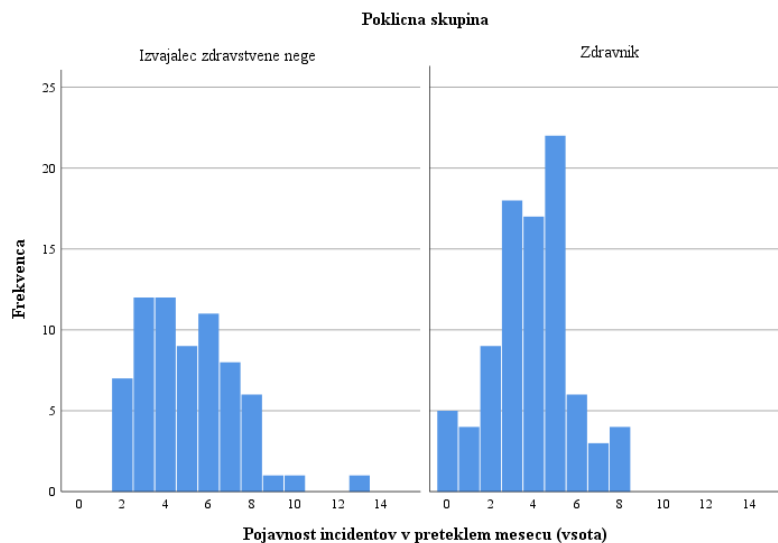
Za potrebe nadaljnje analize smo uvedli novo sestavljeno spremenljivko »število nasilnih incidentov«, ki predstavlja seštevek frekvenc vseh vrst nasilja, ki so jih zaznali posamezni anketiranci (tabela 4). Ta spremenljivka nam je omogočila kvantitativno primerjavo med udeleženci glede na skupno zaznavo nasilja v delovnem okolju, a je treba poudariti, da spremenljivka ne predstavlja natančnega števila opaženih dogodkov, saj je zadnja kategorija (»4 ali večkrat«) odprta in ne omogoča natančne kvantifikacije števila opaženih dogodkov. Kljub tej omejitvi spremenljivka vseeno predstavlja pomemben indikator relativne izpostavljenosti nasilju, saj omogoča razlikovanje med posamezniki, ki so nasilje zaznali redko ali ga sploh niso zaznali, in tistimi, ki so mu bili pogostejše izpostavljeni.

Tabela 4: Pojavnost nasilnih incidentov v preteklem mesecu

Pojavnost nasilnih incidentov v preteklem mesecu glede na poklic	n	Min.	Max.	PV	SO
Izvajalci zdravstvene nege	68	2	13	5,07	2,20
Zdravniki	88	0	8	3,90	1,88

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; Min. = minimum; Max. = maksimum; SO = standardni odklon.

Primerjava med poklicnima skupinama pokaže, da so izvajalci zdravstvene dejavnosti v povprečju zaznali več nasilnih incidentov (PV = 5,1; SO = 2,2) kot zdravniki (PV = 3,9; SO = 1,9). Slika 1 prikazuje porazdelitev seštevka zaznanih nasilnih incidentov v zadnjem mesecu po poklicnih skupinah. Pri izvajalcih zdravstvene nege je frekvenca najvišja v območju treh do šestih opaženih incidentov, pri zdravnikih pa v območju enega do treh incidentov. Med zdravniki so prisotni primeri, ko nasilni incident ni bil zaznan (0 opaženih incidentov). Pri obeh poklicnih skupinah so zabeležene tudi višje vrednosti opaženih incidentov, pri čemer so maksimalne vrednosti pri zdravnikih nižje kot pri izvajalcih zdravstvene nege.



Slika 1: Primerjava skupne zaznave nasilnih incidentov med izvajalci zdravstvene nege in zdravniki v preteklem mesecu

Ker trenutna zaznava nasilja lahko odraža le kratkoročne razmere in specifične okoliščine v določenem časovnem obdobju, smo za celovitejši vpogled v izkušnje zaposlenih dodatno analizirali tudi odgovore na vprašanje, kako pogosto so bili anketirani priča nasilnim dogodkom med celotno delovno dobo.

Tabela 5 prikazuje pogostost opaženih nasilnih incidentov skozi celotno delovno dobo zaposlenih. Kot najpogostejše zaznana oblika nasilja izstopa besedno nasilje, saj je vsaj o njem poročalo več kot 90 % ($n = 142$) anketiranih. Sledi psihično nasilje, ki ga je zaznalo skoraj 75 % ($n = 116$) sodelujočih, kar kaže na dokaj visoko dolgoročno prisotnost čustvenega pritiska v delovnem okolju. Fizično nasilje je bilo zaznано v manjši meri – 30 % ($n = 110$) anketiranih ga ni nikoli zaznalo. Najredkeje zaznani obliki nasilja sta ekonomsko nasilje ($n = 44$; 28 %) in spolno nasilje ($n = 46$; 29 %), pri čemer več kot 70 % anketiranih ni poročalo o nobeni izkušnji, kar kaže na nizko dolgoročno izpostavljenost tema oblikama nasilja.

Tabela 5: Pogostost opaženih nasilnih incidentov med delovno dobo

Oblike nasilja	1 Nikoli		2		3		4		5 Zelo pogosto		Skupaj			
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	PV	S O
Besedno nasilje	14	9,0	5 1	32, 7	5 5	35, 3	2 6	16, 7	1 0	6,4	15 6	100, 0	2,8	1,0
Fizično nasilje	46	29, 5	7 2	46, 2	3 1	19, 9	7	4,5	0	0,0	15 6	100, 0	2,0	0,8
Ekonomsko nasilje	11 2	71, 8	3 4	21, 8	1 0	6,4	0	0,0	0	0,0	15 6	100, 0	1,4	0,6
Spolno nasilje	11 0	70, 5	3 3	21, 2	1 1	7,1	1	0,6	1	0,6	15 6	100, 0	1,4	0,7
Psihično nasilje	40	25, 6	5 9	37, 8	4 3	27, 6	1 4	9,0	0	0,0	15 6	100, 0	2,2	0,9

Legenda: n = število odgovorov; % = odstotek; PV = povprečna vrednost (1 – nikoli – 5 – zelo pogosto); SO = standardni odklon.

Za poglobljeno kvantitativno analizo dolgoročne izpostavljenosti nasilju in možnost primerjave med obema poklicnima skupinama smo uvedli novo sestavljeno spremenljivko »Pojavnost nasilnih incidentov«, ki predstavlja seštevek ocen pogostosti vseh vrst nasilja, kot so jih anketirani zaznali med celotno delovno dobo (tabela 5). Vrednosti posameznih ocen temeljijo na Likertovi lestvici od 1 do 5, pri čemer 1 pomeni »nikoli« in 5 »zelo pogosto«, zato spremenljivka ne predstavlja natančnega števila opaženih dogodkov, temveč subjektivno oceno pogostosti izpostavljenosti nasilju, pri čemer višja skupna ocena pomeni višjo dolgoročno izpostavljenost nasilju.

Spremenljivka »Pojavnost nasilnih incidentov« temelji na seštevku petih ocen pogostosti (za vsako vrsto nasilja), pri čemer je najnižja možna vrednost 5 (če je pri vseh vrstah označeno »nikoli«) in najvišja 25 (če je pri vseh označeno »zelo pogosto«). V tem kontekstu je razlika med skupinama – 10,6 pri izvajalcih in 9,0 pri zdravnikih – numerično relativno majhna (razlika = 1,6 točke). Vendarle opazimo, da se kaže nekoliko višja zaznava nasilja pri izvajalcih zdravstvene nege tudi med celotno delovno dobo, ne le v zadnjem mesecu, kot smo že predhodno predstavili. Pregled minimalnih in maksimalnih vrednosti to potrjuje, saj lahko vidimo, da je v skupini zdravnikov prisotna tudi popolna odsotnost zaznave nasilja, v nasprotju z njimi so izvajalci zdravstvene nege imeli višjo minimalno vrednost (7), kar pomeni, da je vsaj neko obliko nasilja zaznal prav vsak iz te skupine. Tudi maksimalne vrednosti so višje pri izvajalcih (18) kot pri

zdravnikov (13), kar dodatno potrjuje, da je razpon zaznav nasilja med izvajalci zdravstvene nege širši in izpostavljenost večja (tabela 6).

Tabela 6: Pojavnost nasilnih incidentov skozi celotno delovno dobo v obeh poklicnih skupinah

Poklicna skupina	n	Min.	Max.	PV	SO
Izvajalci zdravstvene nege	68	7	18	10,6	2,1
Zdravniki	88	5	13	9,0	1,7

Legenda: n = število odgovorov; Min. = minimum; Max. = maksimum; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon.

V nadaljevanju smo želeli preveriti, kako pogosto zaposleni v zdravstveni negi in zdravniki doživljajo nasilje s strani različnih skupin – pacientov, svojcev in sodelavcev, pri čemer smo rezultate ločili glede na poklicno skupino.

Izvajalci zdravstvene nege nasilje najpogosteje doživljajo s strani pacientov, kar potrjuje visoka povprečna vrednost 3,8 na 5-stopenjski lestvici pogostosti, ki ustreza oceni »pogosto«. Tudi nasilje s strani svojcev je prisotno, s povprečno vrednostjo 3,4 in standardnim odklonom 0,8, kar pomeni, da se pojavlja »včasih«. Nasilje s strani sodelavcev je bilo zaznano bistveno redkeje, s povprečno vrednostjo 1,8, kar ustreza oceni »redko«.

Zdravniki so prav tako najpogosteje poročali o nasilju s strani pacientov, vendar z nekoliko nižjo povprečno oceno 3,4, in SO 0,8 ki pomeni, da se nasilje pojavlja »včasih«. Sledi pojavnost nasilja s strani svojcev (PV = 3,1; SO = 0,7), ki je prav tako prisotno »včasih«, vendar z ožjim razponom (od 2 do 4), kar kaže na manj ekstremne izkušnje. Zanimivo je, da so zdravniki zaznali več nasilja s strani sodelavcev kot izvajalci zdravstvene nege, saj PV znaša 2,1 in SO znaša 0,8, ki sicer v povprečju nakazuje, da se tovrstno nasilje pojavlja »redko«, a je prisotno v večji meri kot pri drugi skupini (tabela 7).

Tabela 7: Najpogostejši povzročitelj nasilja

Povzročitelj nasilja	Izvajalci zdravstvene nege					Zdravniki				
	n	Min.	Max.	PV	SO	N	Min.	Max.	PV	SO
Pacient	68	1	5	3,8	0,8	88	2	5	3,4	0,8
Svojci	68	1	5	3,4	0,9	88	2	4	3,1	0,7
Sodelavci	68	1	4	1,8	0,7	88	1	4	2,1	0,8

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost (1 – nikoli, 2 – redko, 3 – včasih, 4 – pogosto, 5 – vedno); Min. = minimum; Max. = maksimum; SO = standardni odklon.

V naslednjem sklopu vprašalnika smo preverjali, kako anketiranci ocenjujejo učinkovitost različnih komunikacijskih pristopov pri preprečevanju nasilnih dogodkov v zdravstveni negi. Vprašanje je bilo oblikovano tako, da smo anketirancem vsako komunikacijsko tehniko na kratko pojasnili, da bi zagotovili enotno razumevanje ocenjevanih pojmov v raziskovani populaciji.

Ocenjeване trditve so se nanašale na uporabo deeskalacijskih tehnik, pasivne, agresivne in asertivne komunikacije kot možnih načinov za obvladovanje nasilnih situacij. Namen vprašanja je bil ugotoviti, katere pristope zaposleni v urgentni dejavnosti uporabljajo kot najučinkovitejše pri preprečevanju nasilja. Anketiranci se v največji meri strinjajo, da z ustrezno deeskalacijsko tehniko (PV = 4,4, SO = 0,7) in z uporabo asertivne komunikacije (PV = 3,9, SO = 0,9) lahko preprečijo nasilni dogodek. Nasprotno se anketiranci ne strinjajo, da bi bili lahko agresivna komunikacija (PV = 1,8, SO = 0,8) ali pasivna komunikacija (PV = 2,2, SO = 0,9) učinkoviti strategiji za preprečevanje nasilja (tabela 8).

Tabela 8: Ocene različnih pristopov za preprečevanje nasilnih dogodkov

Trditev	n	Min.	Max.	PV	SO
Ustrezna deeskalacijska tehnika kot večšina komuniciranja.	156	2	5	4,4	0,7
Uporaba pasivne komunikacije.	156	1	5	2,2	0,9
Uporaba agresivne komunikacije.	156	1	5	1,8	0,8
Uporaba asertivne komunikacije.	156	2	5	3,9	0,9

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost (1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – se niti ne strinjam niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam); Min. = minimum; Max. = maksimum; SO = standardni odklon.

V zadnjem delu vprašalnika smo se najprej osredotočili na pogostost uporabe različnih komunikacijskih slogov – agresivnega, asertivnega in pasivnega – v odnosu do treh pomembnih skupin, s katerimi se zdravstveni delavci redno srečujejo: pacientov, svojcev in sodelavcev. Namen teh vprašanj je bil ugotoviti, kako zaposleni v zdravstveni negi doživljajo in opisujejo svoj komunikacijski slog, ter na podlagi njihovih odgovorov

identificirati prevladujoč tip komunikatorja za vsakega posameznika. Pri tem je pomembno poudariti, da gre pri teh podatkih za poročano samooceno zaposlenih, torej za njihovo subjektivno zaznavo lastnega vedenja v vsakdanjih delovnih situacijah.

Rezultati v tabeli 9 kažejo, da zdravstveni delavci po lastni oceni v odnosu do vseh ocenjevanih skupin najpogosteje uporabljajo asertivno komunikacijo, z najvišjimi povprečnimi vrednostmi v odnosu do sodelavcev (PV = 3,8, SO = 1,0), pacientov (PV = 3,6, SO = 1,1) in svojcev (PV = 3,5, SO = 0,7), vse ocene kažejo na to, da se ta tip komunikacije uporablja »pogosto«. Pasivna komunikacija se po samooceni anketiranih pojavlja »včasih«, z najvišjo vrednostjo v odnosu do svojcev (PV = 2,8, SO = 0,9), medtem ko je agresivna komunikacija ocenjena kot najredkeje uporabljena, z vrednostmi med 1,4 in 2,0, kar ustreza oceni »redko« ali »nikoli«. Vendar velja izpostaviti, da se agresivna komunikacija po poročani samooceni zaposlenih najpogosteje pojavlja v odnosu do pacientov, kjer je povprečna vrednost najvišja vrednost in prav tako ima ta skupina pri tej vrsti komunikacije tudi najvišji razpon ocen (Min. = 1, Max. = 5), kar pomeni, da so nekateri posamezniki poročali celo o pogosti uporabi agresivne komunikacije v odnosu do pacientov. To je edina skupina, kjer se je pojavila najvišja možna ocena pri pogostosti uporabe agresivne komunikacije.

Tabela 9: Pogostost uporabe različnih tipov komunikacije pri različnih ciljnih skupinah

Ciljne skupine		Agresivna komunikacija				Asertivna komunikacija				Pasivna komunikacija			
Skupine	n	Min.	Max.	PV	SO	Min.	Max.	PV	SO	Min	Max	PV	SO
Pacienti	156	1	5	2,0	1,4	1	5	3,6	1,1	1	4	2,4	0,8
Svojci	156	1	4	1,4	0,6	2	5	3,5	0,7	1	5	2,8	0,9
Sodelavci	156	1	3	1,5	0,7	2	5	3,8	1,0	1	5	2,4	0,8

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost (1 – nikoli, 2 – redko, 3 – včasih, 4 – pogosto, 5 – vedno); Min. = minimum; Max. = maksimum; SO = standardni odklon.

Za potrebe nadaljnje analize smo iz izvirnih podatkov oblikovali tri nove sestavljene spremenljivke, ki predstavljajo skupno pogostost uporabe posameznega komunikacijskega sloga – agresivnega, asertivnega in pasivnega (tabela 10). Na podlagi vseh podanih ocen uporabe posameznega sloga komunikacije v odnosu do treh ciljnih skupin (pacientov, svojcev in sodelavcev) smo za vsakega posameznika izračunali seštevek ocen za vsak slog posebej, kar je omogočilo oblikovanje treh novih

spremenljivk, ki predstavljajo izraženost posameznega komunikacijskega sloga. Nato smo posameznike razvrstili glede na najvišjo skupno vrednost med tremi slogi, kar je omogočilo identifikacijo njihovega prevladujočega komunikacijskega sloga. V primerih, ko je posameznik dosegel enak seštevek pri dveh komunikacijskih slogih, smo za določitev prevladujočega sloga upoštevali dodatno merilo – število višjih ocen (npr. 4 ali 5) znotraj posameznega sloga. Prednost smo dali tistemu slogu, pri katerem se je pogostejše pojavljala višja intenzivnost uporabe, saj to bolj neposredno odraža moč izraženosti določenega komunikacijskega vedenja.

Tabela 10: Prevladujoči slog komunikacijskega vedenja

Slog komunikacijskega vedenja	Izvajalci zdravstvene nege		Zdravniki	
	N	%	n	%
Agresiven	2	2,9	1	1,1
Asertiven	60	88,2	82	93,2
Pasiven	6	8,8	5	5,7
Skupaj	68	100,0	88	100,0

Legenda: n = število odgovorov, % = odstotek.

Rezultati kažejo, da je asertivna komunikacija prevladujoč slog med zaposlenimi v obeh poklicnih skupinah. Med izvajalci zdravstvene nege je bilo 88,2 % posameznikov razvrščenih v skupino asertivnih komunikatorjev, med zdravniki pa je teh celo 93,2 %. Pasivni slog kot prevladujoči izstopa pri 8,8 % izvajalcih zdravstvene nege in 5,7 % zdravnikov, medtem ko je bil agresivni slog kot prevladujoč prisoten le pri 2,9 % izvajalcih in 1,1 % zdravnikov.

V nadaljevanju vprašalnika smo se osredotočili na konkretne vedenjske strategije, ki jih imenujemo deeskalacijske tehnike – torej načine verbalne in neverbalne komunikacije, s katerimi zdravstveni delavci lahko obvladujejo napete ali potencialno nasilne situacije. Namen tega sklopa je bil ugotoviti, v kolikšni meri se zaposleni v zdravstveni negi strinjajo z uporabo posameznih tehnik, ki temeljijo na strokovnih smernicah za obvladovanje konfliktov. Vsaka trditev je opisovala posamezno komponento deeskalacijskega vedenja (npr. obvladovanje čustev, kontrola glasu, govorice telesa, odzivanje na žalitve ipd.), anketiranci pa so svojo stopnjo strinjanja z učinkovitostjo ocenili s 5-stopenjsko Likertovo lestvico strinjanja. Izpeljali smo tudi skupno spremenljivko »učinkovitost deeskalacijskih tehnik«, ki je definirana kot povprečje

posameznih ocenjenih deeskalacijskih tehnik. Uporabili smo oceno strinjanja s posamezno trditvijo deeskalacijskih tehnik, saj smo le tako dobili resnične odgovore glede uporabnosti tehnik v praksi. V primeru, da bi vprašanje zastavili v smislu uporabe v delovnem procesu, bi lahko dobili izkrivljene podatke, saj bi anketiranec lahko v luči podajanja družbeno zaželenih odgovorov označil vse tehnike.

V tabeli 11 so predstavljene ocene trditev, ki opisujejo konkretna vedenja, povezana z učinkovitostjo uporabe deeskalacijskih tehnik v komunikaciji na delovnem mestu. Najvišje povprečne vrednosti so bile dosežene pri vedenjih, ki izražajo spoštljivo in umirjeno komunikacijo: »nisem žaljiv in nesramen« (PV = 4,4, SO = 0,6), »ne kričim, govorim v tonu, da me sogovornik dobro sliši« (PV = 4,3, SO = 0,7), »izogibam se prekomernemu reagiranju« (PV = 4,2, SO = 0,6), »ostanem miren« (PV = 4,2, SO = 0,6), »umirjenost glasu« (PV = 4,1, SO = 0,6) in »obvladujem čustva« (PV = 4,1, SO = 0,6). Nekoliko nižje, a še vedno nad srednjo vrednostjo, so bile ocene vedenj, kot so »premislim, preden spregovorim ob občutku jeze ali strahu« (PV = 3,9, SO = 0,7), »ne moraliziram in ne poučujem« (PV = 3,8, SO = 0,8), »kontroliram govorico telesa« (PV = 3,8, SO = 0,7) in »kontroliram obrazno mimiko« (PV = 3,7, SO = 0,9). Najnižje ocene so bile podane za vedenja, kot so »govorim z nižjim tonom kot običajno« (PV = 3,3, SO = 1,0) in »ne odzivam se na žalitve« (PV = 3,5, SO = 1,0), kar lahko nakazuje na to, da se ta vedenja dojemajo kot manj učinkovita pri nasilnem dogodku.

Tabela 11: Ocene stališč zdravstvenih delavcev do učinkovitosti deeskalacijskih tehnik v komunikaciji

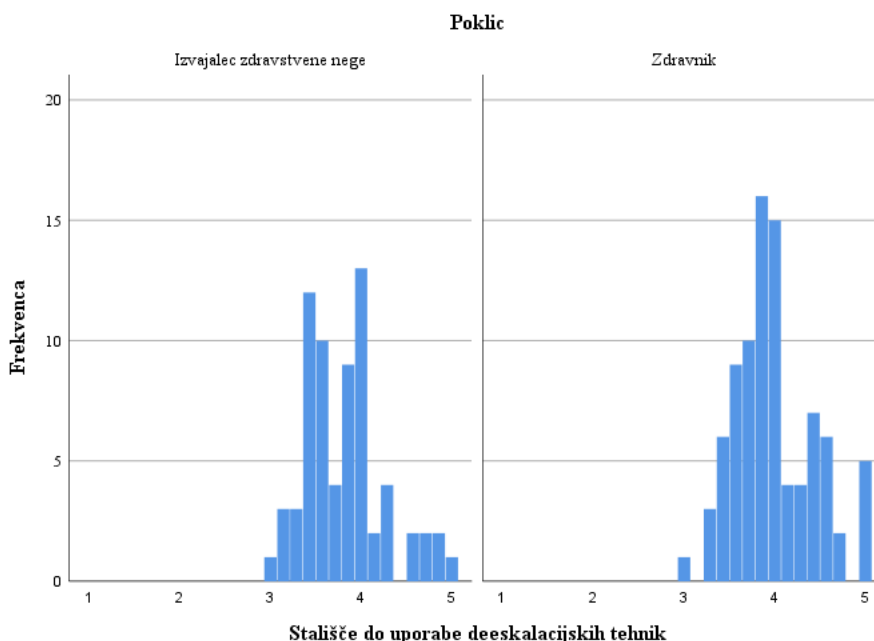
Trditev	n	Min.	Max.	PV	SO
Izogibam se prekomernemu odzivanju.	156	2	5	4,2	0,6
Obvladujem čustva.	156	2	5	4,1	0,6
Ostanem miren.	156	2	5	4,2	0,6
Nadzorovanje govorice telesa.	156	2	5	3,8	0,7
Umirjenost glasu.	156	2	5	4,1	0,6
Nadzorovanje obrazne mimike.	156	2	5	3,7	0,9
Ne odzivam se na žalitve.	156	1	5	3,5	1,0
V primeru občutka jeze ali strahu premislim, preden spregovorim.	156	2	5	3,9	0,7
Nisem žaljiv in nesramen.	156	3	5	4,4	0,6
Ne moraliziram in ne poučujem.	156	2	5	3,8	0,8
Ne kričim, govorim v tonu, da me sogovornik dobro sliši.	156	2	5	4,3	0,7
Govor je počasen.	156	1	5	3,7	0,8
Govorim z nižjim tonom kot običajno.	156	1	5	3,3	1,0

Trditev	n	Min.	Max.	PV	SO
Vodim pogovor in ne dovolim pacientu, da prevzame vodenje pogovora.	156	2	5	3,6	1,0
Stališča zdravstvenih delavcev do učinkovitosti deeskalacijskih tehnik v komunikaciji (skupna povprečna ocena)	156	3,0	5,0	3,89	0,45

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost (1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – se niti ne strinjam niti strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam); Min. = minimum; Max. = maksimum; SO = standardni odklon.

Slika 2 v nadaljevanju prikazuje primerjalno po dveh analiziranih poklicnih skupinah porazdelitev skupne spremenljivke »učinkovitost deeskalacijskih tehnik«.

Zdravniki so v povprečju nekoliko bolj pozitivno vrednotili učinkovitost deeskalacijskih tehnik kot izvajalci zdravstvene nege (PV = 4,0, SO = 0,4 pri zdravnikih in PV = 3,8, SO = 0,4 pri izvajalcih zdravstvene nege). Histogrami sicer kažejo precej podobno porazdelitev, a vseeno opazimo, da so odgovori zdravnikov bolj koncentrirani okoli ocene 4, kar nakazuje na nekoliko večjo konsistentnost v uporabi teh tehnik. Pri izvajalcih zdravstvene nege je razpon odgovorov širši, z dvema izrazitejšima vrhovoma pri vrednostih 3 in 4, kar kaže na večjo raznolikost ocene učinkovitosti deeskalacijskih strategij.



Slika 2: Primerjava učinkovitost uporabe deeskalacijskih tehnik med izvajalci zdravstvene nege

3.4.2 Preverjanje hipotez

V nadaljevanju raziskave bomo preverili postavljene hipoteze, ki se nanašajo na povezanost med komunikacijskimi slogi zdravstvenih delavcev, uporabo deeskalacijskih tehnik in pojavnostjo nasilnih incidentov v urgentni dejavnosti (tabela 4, tabela 9 in tabela 12). Poseben poudarek bo namenjen primerjavi med dvema ključnima poklicnima skupinama – izvajalci zdravstvene nege in zdravniki –, saj želimo ugotoviti, ali se med njima pojavljajo statistično značilne razlike v izkušnjah in odzivih na nasilje, zato so analize izvedene ločeno za obe poklicni skupini. V analizo bomo vključili tri sestavljene spremenljivke: skupno število nasilnih incidentov, ki temelji na oceni pojavnosti posameznih oblik nasilja v zadnjem mesecu, pogostost zaznave nasilnih incidentov med delovno dobo (seštevek ocen pogostosti) in skupno stališče do uporabe deeskalacijskih tehnik, ki je izračunano kot povprečje ocen posameznih trditev, povezanih z vedenjskimi strategijami obvladovanja konfliktnih komunikacijskih situacij.

Tabela 12: Stališče do učinkovitosti deeskalacijskih tehnik

Stališče do uporabe deeskalacijskih tehnik glede na poklic	n	Min.	Max.	PV	SO
Izvajalci zdravstvene nege	68	3	5	3,79	0,45
Zdravniki	88	3	5	3,96	0,45

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; Min. = minimum; Max. = maksimum; SO = standardni odklon.

H1: Uporaba deeskalacijskih tehnik komuniciranja medicinskih sester in zdravnikov v urgentni dejavnosti UKCLJ je statistično pomembno povezana z zmanjšanjem pojavnosti nasilnih incidentov s strani pacientov in svojcev.

Zanimalo nas je, ali obstaja pozitivna povezava med uporabo deeskalacijskih tehnik komuniciranja in zmanjšanjem pojavnosti nasilnih incidentov. Za preverjanje povezave med uporabo deeskalacijskih tehnik in pojavnostjo nasilnih incidentov v preteklem mesecu je bil uporabljen Spearmanov koeficient korelacije (ρ), saj spremenljivki nista bili normalno porazdeljeni. Analiza je bila izvedena ločeno za obe poklicni skupini.

Rezultati so pokazali, da med izvajalci zdravstvene nege ni bilo statistično pomembne povezave med stališči do uporabe deeskalacijskih tehnik in pojavnostjo nasilnih

incidentov ($\rho = 0,116$, $p = 0,348$). Prav tako pri zdravnikih povezava ni bila statistično značilna ($\rho = 0,112$, $p = 0,297$) (tabela 13).

Tabela 13: Povezava med uporabo deeskalacijskih tehnik in pojavnostjo nasilnih incidentov

Stališča do uporabe deeskalacijskih tehnik	Izvajalci zdravstvene nege (n = 68)		Zdravniki (n = 88)	
	Pojavnost nasilnih incidentov v preteklem mesecu		Pojavnost nasilnih incidentov v preteklem mesecu	
	ρ	p	ρ	p
	0,116	0,348	0,112	0,297

Legenda: n = število odgovorov; ρ = Spearmanov koeficient, p = statistična značilna razlika pri 0,05 ali manj.

Ti rezultati kažejo, da uporaba deeskalacijskih tehnik komuniciranja ni bila povezana z zmanjšano pojavnostjo nasilnih incidentov v preteklem mesecu. Hipotezo H1 zato zavrnamo.

H2: Obstaja statistično pozitivna povezava med načinom komunikacije medicinskih sester in zdravnikov ter pojavnostjo nasilnih incidentov s strani pacientov in svojcev nad medicinskimi sestrami in zdravniki. Pri medicinskih sestrah in zdravnikih v urgentni dejavnosti UKCLJ, ki asertivno komunicirajo s pacienti, so nasilni incidenti manj verjetni kot pri medicinskih sestrah in zdravnikih, ki agresivno komunicirajo.

Tudi za preverjanje povezanosti med komunikacijskim slogom in pojavnostjo nasilnih incidentov je bil uporabljen Spearmanov koeficient korelacije (ρ), saj spremenljivki nista bili normalno porazdeljeni. Analiza je bila izvedena ločeno za izvajalce zdravstvene nege in zdravnike.

Rezultati so pokazali, da je bila pri izvajalcih zdravstvene nege ugotovljena močna pozitivna povezava med uporabo agresivne komunikacije s pacienti in pojavnostjo nasilnih incidentov ($\rho = 0,656$, $p < 0,001$), kar pomeni, da se ob pogostejši uporabi agresivne komunikacije poveča pojavnost nasilnih dogodkov. Enaka smer povezanosti, vendar nekoliko šibkejša, se je pokazala tudi pri zdravnikih ($\rho = 0,494$, $p < 0,001$), kar kaže na zmerno pozitivno povezanost med agresivno komunikacijo in nasiljem (tabela 14).

Nasprotno je bila pri obeh skupinah ugotovljena zmerno močna negativna povezava med pogostostjo uporabe asertivne komunikacije s pacienti in pojavnostjo nasilnih incidentov — pri izvajalcih zdravstvene nege ($\rho = -0,478$, $p < 0,001$) in pri zdravnikih ($\rho = -0,463$, $p < 0,001$). To pomeni, da zdravstveni delavci, ki pogosteje uporabljajo asertivno komunikacijo, poročajo o manj nasilnih incidentih.

Tabela 14: Preverjanje povezanosti med komunikacijskimi slogi in pojavnostjo nasilnih incidentov

Tip komunikacije	Izvajalci zdravstvene nege (n = 68)		Zdravniki (n = 88)	
	Pojavnost nasilnih incidentov v preteklem mesecu		Pojavnost nasilnih incidentov v preteklem mesecu	
	ρ	p	ρ	p
Komunikacija s pacienti – agresivno	0,656	< 0,001	0,494	< 0,001
Komunikacija s pacienti – asertivno	-0,478	< 0,001	-0,463	< 0,001

Legenda: n = število odgovorov; ρ = Spearmanov koeficient, p = statistična značilna razlika pri 0,05 ali manj.

H3: V urgentni dejavnosti UKCLJ so medicinske sestre in zdravniki, ki agresivno komunicirajo, statistično bolj izpostavljeni besednemu in fizičnemu nasilju s strani pacientov in svojcev kot nadlegovanju, zalezovanju (psihično nasilje).

Zanimalo nas je, ali obstaja bistvena razlika pri zaznavi besednega in fizičnega nasilja skozi celotno delovno dobo pri posameznikih glede na stopnjo izraženosti agresivnega načina komuniciranja. Za preverjanje hipoteze je bila kot pri predhodnih hipotezah uporabljena Spearmanova korelacija (ρ), saj spremenljivke niso bile normalno porazdeljene. Analiza je bila skladno z zastavljeno hipotezo izvedena ločeno za izvajalce zdravstvene nege in zdravnike, kjer smo preverjali povezanost med izraženostjo agresivne komunikacije (seštevek za vse tri komunikacijske kontekste) in zaznanimi oblikami nasilja (besedno, fizično in psihično) v celotni delovni dobi.

Rezultati analize so pokazali, da je pri izvajalcih zdravstvene nege izraženost agresivne komunikacije v zmerni in statistično pomembni pozitivni povezavi z zaznanim fizičnim nasiljem ($\rho = 0,317$, $p = 0,008$) ter v zmerno do močni pozitivni povezavi z zaznanim psihičnim nasiljem ($\rho = 0,515$, $p < 0,001$), medtem ko povezava z besednim nasiljem ni bila statistično pomembna ($\rho = 0,061$, $p = 0,621$). Pri zdravnikih je bila ugotovljena šibka,

vendar statistično pomembna pozitivna povezava med izraženostjo agresivne komunikacije in zaznanim besednim nasiljem ($\rho = 0,220$, $p = 0,039$), medtem ko povezave z zaznanim fizičnim ($\rho = 0,150$, $p = 0,164$) in psihičnim nasiljem ($\rho = 0,094$, $p = 0,382$) niso bile statistično pomembne. Rezultati torej kažejo, da so posamezniki, ki pogosteje uporabljajo agresiven način komunikacije, v večji meri izpostavljeni nasilju, vendar se vrsta nasilja razlikuje glede na poklicno skupino. Pri izvajalcih zdravstvene nege je agresivna komunikacija pogosteje povezana s fizičnim in predvsem psihičnim nasiljem, pri zdravnikih pa predvsem z besednim nasiljem (tabela 15).

Tabela 15: Preverjanje povezanosti med izraženostjo agresivne komunikacije in zaznanimi oblikami nasilja

Zaznane oblike nasilja	Izvajalci zdravstvene nege (n = 68)		Zdravniki (n = 88)	
	Izraženost agresivne komunikacije		Izraženost agresivne komunikacije	
	ρ	p	ρ	p
Zaznano besedno nasilje	0,061	0,621	0,220	0,039
Zaznano fizično nasilje	0,317	0,008	0,150	0,164
Zaznano psihično nasilje	0,515	< 0,001	0,094	0,382

Legenda: n = število odgovorov; ρ = Spearmanov koeficient, p = statistična pomembnost.

Na podlagi tega lahko sklepamo, da je hipoteza H3 delno potrjena, saj je agresivna komunikacija povezana z večjo zaznavo nasilja, vendar najmočnejša povezava ni bila ugotovljena pri besednem in fizičnem nasilju, temveč pri izvajalcih zdravstvene nege pri psihičnem nasilju.

H4: Obstaja statistično pomembna razlika pri pojavnosti verbalnega nasilja s strani pacientov med medicinskimi sestrami in zdravniki v urgentni dejavnosti UKCLJ. Verbalno nasilje je pogostejše v odnosu do medicinskih sester.

V okviru hipoteze H4 nas je zanimalo, ali obstaja statistično pomembna razlika v pojavnosti besednega nasilja med medicinskimi sestrami in zdravniki. Za preverjanje razlike smo uporabili neparametrični Mann-Whitneyjev U-test, saj spremenljivki o pojavnosti besednega nasilja nista normalno porazdeljeni. Analiza je bila izvedena ločeno za pojavnost besednega nasilja v preteklem mesecu in skozi celotno delovno dobo.

Rezultati so pokazali, da so izvajalci zdravstvene nege poročali o višji izpostavljenosti besednemu nasilju tako v zadnjem mesecu (PV = 2,4, SO = 1,0) kot tudi skozi celotno delovno dobo (PV = 3,3, SO = 0,9) v primerjavi z zdravniki, ki so poročali o nižji izpostavljenosti v zadnjem mesecu (PV = 2,0, SO = 1,3) in skozi delovno dobo (PV = 2,4, SO = 1,0). Razlika med skupinama je bila statistično pomembna tako za pojavnost besednega nasilja v zadnjem mesecu ($U = 2395,00$, $p = 0,028$) kot tudi za pojavnost besednega nasilja skozi celotno delovno dobo ($U = 1572,00$, $p < 0,001$) (tabela 16).

Tabela 16: Statistična razlika v pojavnosti besednega nasilja med medicinskimi sestrami in zdravniki

Nasilje v preteklem mesecu	N		PV	SO	MWU (p)
Besedno nasilje v preteklem mesecu	Izvajalci zdravstvene nege	68	2,4	1,0	2395,000 (0,028)
	Zdravniki	88	2,0	1,3	
Besedno nasilje v preteklem letu	Izvajalci zdravstvene nege	68	3,3	0,9	1572,000 ($< 0,001$)
	Zdravniki	88	2,4	1,0	

Legenda: n = število odgovorov; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon.; MWU = Mann-Whitney U-test

Ti rezultati kažejo, da so medicinske sestre statistično pomembno pogostejše izpostavljene besednemu nasilju kot zdravniki, tako v zadnjem mesecu kot v celotnem obdobju zaposlitve. Na tej podlagi hipotezo H4 potrdimo.

H5: V urgentni dejavnosti UKCLJ so medicinske sestre in zdravniki s krajšo delovno dobo bolj izpostavljeni nasilnim incidentom s strani pacientov kot medicinske sestre in zdravniki z daljšo delovno dobo.

Za preverjanje hipoteze H5 smo analizirali povezavo med dolžino delovne dobe v letih in izpostavljenostjo nasilnim incidentom med celotno delovno dobo, da bi dobili bolj celotno sliko glede situacije v obeh raziskovanih skupinah.

Pri izvajalcih zdravstvene nege se povezava med dolžino delovne dobe in pojavnostjo nasilnih incidentov ni izkazala kot statistično pomembna ($\rho = 0,015$; $p = 0,903$), kar pomeni, da dolžina delovne dobe ni bila povezana z večjo ali manjšo izpostavljenostjo

nasilju. Pri zdravnikih pa se je pokazala statistično pomembna negativna korelacija med dolžino delovne dobe in pojavnostjo nasilnih incidentov ($\rho = -0,351$; $p = 0,001$). Rezultat kaže na to, da so zdravniki s krajšo delovno dobo pogosteje poročali o izpostavljenosti nasilju kot tisti z daljšo delovno dobo (tabela 17).

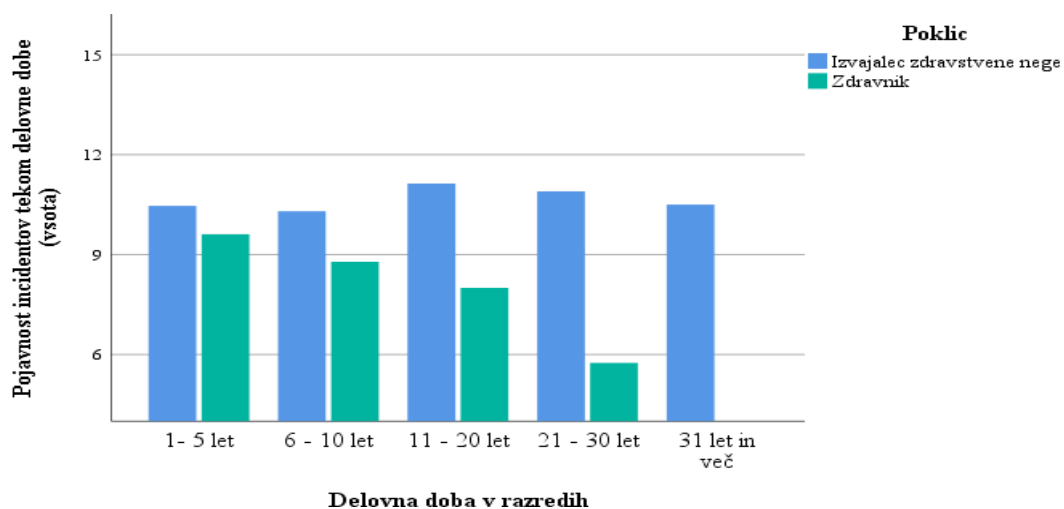
Tabela 17: Povezava med dolžino delovne dobe v letih in izpostavljenostjo nasilnim incidentom med celotno delovno dobo

Dolžina delovne dobe (v letih) v povezavi z izpostavljenostjo nasilnim incidentom	Izvajalci zdravstvene nege (n = 68)		Zdravniki (n = 88)	
	Pojavnost incidentov med delovno dobo		Pojavnost incidentov med delovno dobo	
	ρ	p	ρ	p
	0,015	0,903	-0,351	0,001

Legenda: n = število odgovorov; ρ = spearman koeficient, p = statistična značilna razlika pri 0,05 ali manj.

Glede na rezultate lahko hipotezo H5 delno potrdimo, saj se je statistično pomembna povezava med krajšo delovno dobo in večjo izpostavljenostjo nasilnim incidentom pokazala le pri zdravnikih, medtem ko pri izvajalcih zdravstvene nege ni bila zaznana.

Slika 3 prikazuje primerjavo med izvajalci zdravstvene nege in zdravniki glede na frekvenco zaznanih nasilnih incidentov v različnih kategorijah delovne dobe. Razvidno je, da izvajalci zdravstvene nege poročajo o višji pojavnosti nasilja v vseh obdobjih delovne dobe, medtem ko se pri zdravnikih zazna trend upadanja nasilnih incidentov z daljšanjem delovne dobe. Ta vizualni prikaz podpira statistično ugotovitev, da je pri zdravnikih krajša delovna doba povezana z večjo izpostavljenostjo nasilju, kar delno potrjuje hipotezo H5.



Slika 3: Primerjava pojavnosti nasilnih incidentov glede na delovno dobo med izvajalci zdravstvene nege in zdravniki

4 RAZPRAVA

Namen raziskave je bil preučiti povezavo med komunikacijo zdravstvenih delavcev (izvajalci zdravstvene nege in zdravniki) in pojavnostjo nasilnih incidentov s strani pacientov in svojcev nad medicinskimi sestrami in zdravniki v urgentni dejavnosti UKCLJ. Rezultati so pokazali, da so nasilni incidenti s strani pacienti in svojci pogosti, predvsem verbalni in psihični, ter da na njihovo pojavnost pomembno vpliva komunikacijski slog zdravstvenih delavcev. Deeskalacijske tehnike se v praksi sicer uporabljajo, vendar njihov učinek na zmanjšanje nasilja ni bil statistično potrjen. Rezultati potrjujejo kompleksnost pojava nasilja v urgentnem okolju ter pomen kakovostne komunikacije in organizacijskih dejavnikov pri njegovem preprečevanju.

V nadaljevanju smo rezultate svoje raziskave predstavili po posameznih ciljih.

Cilj 1: Ugotoviti povezavo med uporabo deeskalacijskih tehnik komuniciranja medicinskih sester in zdravnikov in pojavnostjo nasilnih incidentov s strani pacientov in svojcev v urgentni dejavnosti UKCLJ.

Ključna ugotovitev raziskave je, da uporaba deeskalacijskih tehnik s strani zdravstvenih delavcev ni bila statistično pomembno povezana z zmanjšanjem pojavnosti nasilnih incidentov s strani pacientov in svojcev. To nakazuje, da sta samo poznavanje in deklarativna uporaba tehnik premalo za učinkovito obvladovanje nasilnih situacij. Podobno ugotavljajo tudi Kim, et al. (2022) in Brunero, et al. (2021), ki opozarjajo, da je učinkovitost deeskalacijskih intervencij odvisna od več dejavnikov, kot so organizacijska podpora, pogostost usposabljanj in dejanska praksa v timu. V razlagi ugotovitev je treba upoštevati, da je pojavnost nasilja v urgentni dejavnosti večdimenzionalni pojav, povezan z vedenjem pacientov, s stresom, pomanjkljivim kadrom in fizičnim okoljem (Pich, et al., 2017; Stafford, et al., 2022). Na tej podlagi lahko sklepamo, da deeskalacijske tehnike delujejo kot sekundarna oblika zaščite, ki same po sebi ne zadoščajo brez systemskega pristopa – npr. kadrovskih okrepitev, varnostnih ukrepov in preventivne komunikacije z uporabniki. Naše ugotovitve so v nasprotju z raziskavo Blocker (2024), ki je po uvedbi strukturiranega programa »CalmED« v urgentnih oddelkih zabeležila 20-odstotni upad

nasilnih incidentov. Razliko lahko pripišemo različnim metodološkim pristopom, saj je Blocker (2024) proučevala učinek strukturiranih intervencij, medtem ko smo v svoji raziskavi merili samoporočano uporabo tehnik. Sklepamo, da deeskalacijske tehnike predstavljajo ključen teoretični okvir obvladovanja nasilja, vendar njihova dejanska učinkovitost zahteva usklajen institucionalni pristop, ki povezuje komunikacijo, organizacijsko kulturo in podporne mehanizme za osebe.

Cilj 2: Ugotoviti povezavo med načinom komuniciranja medicinskih sester in zdravnikov v urgentni dejavnosti UKCLJ ter pojavnostjo nasilnih incidentov s strani pacientov in svojcev nad medicinskimi sestrami in zdravniki v urgentni dejavnosti UKCLJ.

Rezultati naše raziskave so pokazali, da je agresivna komunikacija s strani zdravstvenih delavcev pomembno povezana s povečano pojavnostjo nasilnih incidentov s strani pacientov in svojcev, medtem ko je asertivna komunikacija povezana z njihovo manjšo pogostostjo. Ti izsledki potrjujejo pomen ustreznega komunikacijskega sloga pri obvladovanju interakcij s pacienti. Podobne zaključke navajajo Chipidza, et al. (2016) ter Kourkouta in Papathanasiou (2014), ki poudarjajo, da neprimeren ton, pomanjkanje poslušanja in defenzivna drža zdravstvenega delavca pogosto sprožijo frustracijo pacienta in povečajo verjetnost nasilnega vedenja. Nasprotno empatična, spoštljiva in asertivna komunikacija krepi občutek varnosti in zmanjšuje napetost v odnosu.

Zanimiva ugotovitev naše raziskave je, da so tudi zdravniki, ki uporabljajo agresivnejši slog, poročali o več nasilnih incidentih, kar dopolnjuje ugotovitve Del Vecchio, et al. (2022), da so neverbalni signali (dominanten ton, zmanjšan očesni stik) pri pacientih pogosto razumljeni kot pomanjkanje spoštovanja in izzovejo konfliktni odziv. Asertivna komunikacija je v naših rezultatih prevladujoč slog komuniciranja, vendar ni nujno, da to pomeni njeno stalno udejanjanje v stresnih okoliščinah. Kwame in Petrucka (2022) opozarjata, da zdravstveni delavci sicer dobro poznajo pomen asertivnosti, a zaradi utrujenosti, preobremenjenosti ali pomanjkanja podpore pogosto preidejo v pasivno ali agresivno komunikacijo. Ti rezultati potrjujejo, da komunikacijska klima v urgentnem okolju neposredno vpliva na pojavnost nasilja. Usposabljanja bi zato morala vključevati

elemente samoregulacije, upravljanja čustev in refleksivne komunikacije, ne zgolj tehnične vaje.

Cilj 3: Ugotoviti pojavnost verbalnega nasilja in fizičnega nasilja s strani pacientov in svojcev pri medicinskih sestrah in zdravnikih v urgentni dejavnosti UKCLJ.

V raziskavi sta se kot najpogostejši obliki nasilja izkazali verbalna in psihična zloraba, kar potrjuje večino mednarodnih ugotovitev (Al-Natour, et al., 2022; Janatolmakan, et al., 2023). Pojavnost fizičnega nasilja je bila nižja, a še vedno zaskrbljujoča, saj jo je doživelo več kot 60 % anketiranih v zadnjem mesecu. Raziskave iz Turčije, Savdske Arabije in Kenije poročajo o razširjenosti nasilja med 70 % in 90 %, pri čemer je verbalna zloraba sistematično najpogostejša (Stafford, et al., 2022; Janatolmakan, et al., 2023). Naše ugotovitve raziskave so s temi trendi skladne in potrjujejo, da urgentna dejavnost ostaja eno od najranljivejših področij zdravstvene nege.

V literaturi je poudarjeno, da verbalno nasilje pogosto deluje kot predhodna stopnja fizične eskalacije (Lenaghan, et al., 2018). To pomeni, da hitra in empatična verbalna deeskalacija lahko prepreči prehod v hujše oblike nasilja. A ker komunikacija v urgentni dejavnosti pogosto poteka pod časovnim pritiskom, zdravstveni delavci težko vzpostavijo terapevtski odnos, ki je ključen za obvladovanje konflikta (Gros, 2019). Najpogostejši povzročitelji nasilja so bili po pričakovanjih v naši raziskavi pacienti in njihovi svojci, kar se sklada z izsledki Sharifi, et al. (2020) in Zoleo, et al. (2020). Vzrokov za nasilno vedenje je več – od vpliva substanc do frustracij zaradi čakanja. Zato je ključno, da sistemske rešitve vključujejo tudi izobraževanje pacientov in njihovih svojcev o postopkih in pričakovanjih znotraj urgentne obravnave.

Cilj 4: Ugotoviti razliko v pojavnosti verbalnega nasilja s strani pacientov med medicinskimi sestrami in zdravniki v urgentni dejavnosti UKCLJ.

Rezultati potrjujejo, da so medicinske sestre statistično pomembno pogostejše izpostavljene verbalnemu nasilju kot zdravniki, kar potrjuje hipotezo in se sklada s številnimi mednarodnimi raziskavami (Copeland & Henry, 2017; Pich, et al., 2017). To

lahko razložimo z naravo dela medicinskih sester, ki so v pogostejšem in daljšem stiku s pacienti, kar povečuje tveganje za konfliktna interakcije (Brunero, et al., 2021). Poleg tega so medicinske sestre pogosto prve osebe, s katerimi pacient stopi v stik, zato prevzamejo čustveno napetost, ki jo pacient in svojci izražajo v kriznih situacijah (Li et al., 2018). V primerjavi so zdravniki pogosteje zaščiteni z večjim statusom, s krajšim stikom s pacientom in z dostopom do varnostnega osebja, kar potrjujejo ugotovitve Aljohani, et al. (2021). Naše ugotovitve podpirajo stališče Hassankhani in Soheili (2017), da morajo organizacije uvajati politiko ničelne tolerance do nasilja, a ta mora biti dopolnjena z aktivno zaščito tistih poklicnih skupin, ki so najbolj izpostavljene – predvsem medicinskih sester.

Cilj 5: Ugotoviti povezanost med delovno dobo medicinskih sester in zdravnikov ter izpostavljenostjo nasilnim incidentom s strani pacientov v urgentni dejavnosti UKCLJ.

Rezultati kažejo, da zdravniki s krajšo delovno dobo pogosteje doživljajo nasilne incidente, medtem ko pri medicinskih sestrah takšna povezava ni bila zaznana. To potrjuje hipotezo le delno. Podobno ugotavljajo Groenewold, et al. (2018) in Sharifi, et al. (2020), ki poročajo, da izkušenejši zdravstveni delavci bolje obvladujejo stresne komunikacijske situacije in lažje prepoznajo zgodnje znake agresije. Po drugi strani začetniki pogosto čutijo večji pritisk, kar lahko vodi v negotovost in neustrezne odzive. Pri medicinskih sestrah delovna doba ni varovalni dejavnik, saj so stalno izpostavljene enaki naravi dela, kjer dolžina izkušenj ne zmanjša neposrednega stika z nasilnim pacientom (Stafford, et al., 2022). Janatolmakan, et al. (2023) navajajo, da lahko daljša izpostavljenost celo privede do normalizacije nasilja in zmanjšane nagnjenosti k prijavljanju incidentov. Ti podatki potrjujejo potrebo po stalnem mentorstvu in podpori mlajših zdravnikov ter sistematičnih usposabljanjih, ki bi okrepila sposobnost obvladovanja napetih situacij ne glede na izkušnje.

4.1 OMEJITVE RAZISKAVE

Pri interpretaciji ugotovitev magistrskega dela je treba upoštevati določene omejitve. Uporaba kvantitativne metodologije in zbiranje podatkov z anketiranjem lahko vplivata

na pristranskost odgovorov. Anketiranci so lahko nagnjeni k podajanju družbeno zaželenih odgovorov ali se niso natančno spomnili preteklih dogodkov. Kvalitativne raziskave, kot so intervjuji in fokusne skupine, bi lahko ponudile poglobljeno razumevanje izkušenj zdravstvenih delavcev in razkrile dodatne dejavnike, ki vplivajo na pojavnost nasilja.

Priložnostni vzorec, ki je bil omejen na zaposlene v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana, omejuje možnost posploševanja ugotovitev na druge urgentne centre. Urgentni centri se razlikujejo glede na velikost, organizacijo dela, demografske značilnosti pacientov in druge dejavnike, ki lahko vplivajo na pojavnost nasilja. Pomembno je upoštevati, da se rezultati lahko razlikujejo med različnimi okolji. Raziskave, ki bi vključevale več urgentnih centrov, bi omogočile primerjavo med različnimi okolji in zagotovile bolj splošno veljavne ugotovitve.

Čeprav raziskava kaže na povezavo med načinom komunikacije in pojavnostjo nasilja, ne moremo z gotovostjo trditi, da asertivna komunikacija neposredno zmanjšuje tveganje za nasilje. Za razumevanje vzročne povezave med dejavniki, ki vplivajo na nasilje, bi potrebovali več raziskav. Longitudinalne raziskave, ki bi spremljale zdravstvene delavce skozi daljše časovno obdobje, bi lahko ponudile vpogled v vzročne povezave in učinke različnih intervencij za preprečevanje nasilja.

Prav tako je literature v povezavi z načinom komuniciranja zdravnikov s pacienti malo. Potrebni bi bilo več raziskav, povezanih s komunikacijo vseh zdravstvenih delavcev, predvsem zdravnikov, da bi lahko bolje razumeli problematiko nasilja v urgentni dejavnosti.

4.2 PREDLOGI ZA NADALJNJE RAZISKAVE

Glede na omejitve raziskave in ugotovitve magistrskega dela se ponujajo številne možnosti za nadaljnje raziskave. Kvalitativne raziskave bi lahko poglobile razumevanje izkušenj zdravstvenih delavcev z nasiljem v urgentnih centrih. Intervjuji z zdravstvenimi delavci, s pacienti in svojci bi lahko razkrili različne perspektive o vzrokih nasilja in

možnih rešitvah. Fokusne skupine bi lahko omogočile interaktivno razpravo in izmenjavo izkušenj med udeleženci.

Longitudinalne raziskave bi lahko spremljale učinke različnih intervencij za preprečevanje nasilja v urgentnih centrih. Zdravstveni delavci v urgentni dejavnosti bi lahko imeli delavnice in usposabljanja o deeskalacijskih tehnikah in načinu komuniciranja. Raziskovalci bi lahko ocenili učinkovitost programov usposabljanja za asertivno komunikacijo, implementacije politik ničelne tolerance in uvedbe ukrepov za zmanjšanje stresa. S spremljanjem sprememb v pojavnosti nasilja skozi čas bi lahko ugotovili, katere intervencije so najučinkovitejše.

Raziskave, ki bi vključevale več urgentnih centrov, bi omogočile primerjavo med različnimi okolji in ugotovile dejavnike, ki vplivajo na pojavnost nasilja v različnih kontekstih. Na primer, raziskovalci bi lahko primerjali urgentne centre v različnih regijah, z različnimi organizacijskimi strukturami in z različnimi demografskimi značilnostmi pacientov. Te primerjave bi lahko razkrile, katere prakse in politike so najučinkovitejše za preprečevanje nasilja v urgentnih centrih.

5 ZAKLJUČEK

V magistrskem delu smo raziskovali pomen komunikacijskih slogov medicinskih sester in zdravnikov pri pojavnosti nasilnih incidentov s strani pacientov in svojcev nad medicinskimi sestrami in zdravniki v urgentni dejavnosti Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani. Namen raziskave je bil analizirati povezavo med uporabo deeskalacijskih tehnik, načinom komuniciranja, izpostavljenostjo različnim oblikam nasilja ter demografski dejavniki, kot sta spol in delovna doba z namenom izboljšanja varnosti za medicinske sestre in zdravnike v urgentni dejavnosti. Ključne ugotovitve naše raziskave so, da uporaba deeskalacijskih tehnik pri medicinskih sestrah in zdravnikih ni statistično pomembno povezana z zmanjšanjem pojavnosti nasilnih incidentov s strani pacientov in svojcev, kar nakazuje, da je za učinkovito preprečevanje nasilja potreben celosten pristop, ki presega zgolj uporabo standardiziranih tehnik. Pomembna ugotovitev je tudi, da asertivna komunikacija s strani medicinskih sester in zdravnikov bistveno zmanjšuje tveganje za nasilne incidente, saj so izvajalci zdravstvene nege, ki komunicirajo asertivno, manj izpostavljeni nasilnim dogodkom v primerjavi s tistimi, ki komunicirajo agresivno s strani pacientov in svojcev. Prav tako smo ugotovili, da asertivna komunikacija s strani medicinskih sester in zdravnikov pomeni spoštovanje sogovornika in je ključna za konstruktivno interakcijo, kar zmanjšuje možnost za konflikte. Agresivna komunikacija je bila povezana z večjo izpostavljenostjo besednemu in fizičnemu nasilju, kar poudarja pomen ustreznega komunikacijskega usposabljanja za zdravstvene delavce. Raziskava je tudi potrdila, da so izvajalci zdravstvene nege bolj izpostavljeni besednemu nasilju s strani pacientov kot zdravniki, kar kaže na specifične izzive, s katerimi se soočajo izvajalci zdravstvene nege v urgentnem dejavnosti UKCLJ. Ugotovili smo, da so izvajalci zdravstvene nege bolj izpostavljeni nasilnim incidentom s strani pacientov in svojcev ter so ranljivejša skupina, ki v prihodnosti potrebuje specifične ukrepe za zmanjšanje nasilnih incidentov. Na podlagi rezultatov raziskave menimo, da je usposabljanje zdravstvenih delavcev izredno pomembno, saj bi z učinkovitimi tehnikami komuniciranja s poudarkom na asertivni komunikaciji lahko vplivali na zmanjšanje nasilnih incidentov. Implementacija politik ničelne tolerance do nasilja je ključnega pomena za ustvarjanje varnega delovnega okolja. Prav tako je treba nasloviti dejavnike tveganja, ki prispevajo k nasilju, kot so dolge čakalne dobe in stres, s ciljem zmanjšanja

napetosti in preprečevanja nasilja. Kljub omejitvam magistrsko delo prispeva k boljšemu razumevanju kompleksnosti problematike nasilja v urgentnih centrih ter ponuja smernice za izboljšanje varnosti in delovnih pogojev zdravstvenih delavcev.

6 LITERATURA

Aljohani, B., Burkholder, J., Tran, Q.K., Chen, C., Beisenova, K. & Pourmand, A., 2021. Workplace violence in the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*, 196, pp. 186-197. 10.1016/j.puhe.2021.02.009.

Al-Natour, A., Abuziad, L. & Hweidi, L.I., 2022. Nurses' experiences of workplace violence in the emergency department. *International Nursing Review*, 70(4), pp. 485-493. 10.1111/inr.12788.

Baby, M., Gale, C. & Swain, N., 2018. Communication skills training in the management of patient aggression. *Aggression and Violent Behavior*, 39, pp. 67-82. 10.1016/j.avb.2018.02.004.

Berlanda, S., Pedrazza, M., Fraizzoli, M. & De Cordoba, F., 2019. Addressing risk of violence against healthcare staff in emergency departments: the effects of job satisfaction and attachment style. *BioMed Research International*, 2019(1), pp. 1-12. 10.1155/2019/5430870.

Blocker, S., 2024. *Quality improvement project to improve safety in the emergency department through conflict resolution training: doctoral dissertation*. Jacksonville: Jacksonville University.

Brunero, S., Lamont, S., Dunn, S., Varndell, W. & Dickens, G.L., 2021. Examining the utility of the violence prevention climate scale: in a metropolitan Australian general hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 30(15-16), pp. 2399-2408. 10.1111/jocn.15780.

Chichirez, C.M. & Purcarea, V.L., 2018. Interpersonal communication in healthcare. *Journal of Medicine and Life*, 11(2), pp. 119-122.

Chipidza, F., Wallwork, R.S., Adams, T.N. & Stern, T.A., 2016. Evaluation and treatment of the angry patient. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 18(3), pp. 1-7. 10.4088/PCC.16f01951.

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.

Dadfar, M. & Lester, D., 2020. Workplace violence (WPV) in healthcare systems. *Nursing Open*, 8(2), pp. 527-528. 10.1002/nop2.713.

Del Vecchio, A., Moschella, P.C., Lanham, J.G. & Zavetnik, J.E., 2022. Acting to teach communication skills to nurses. *The Clinical Teacher*, 19(4), pp. 289-293. 10.1111/tct.13489.

Groenewold, M.R., Sarmiento, R.F.R., Vanoli, K., Raudabaugh, W., Nowlin, S. & Gomaa, A., 2018. Workplace violence injury in 106 US hospitals participating in the Occupational health safety network (OHSN), 2012–2015. *American Journal of Industrial Medicine*, 61(2), pp. 157-166. 10.1002/ajim.22798.

Gros, T., 2019. Pojavnost nasilnih dogodkov nad zdravstvenimi delavci na urgenci. In: R. Vajd & M. Gričar, eds. *Urgentna medicina: izbrana poglavja 2019*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 19-24.

Happ, M.B., Garrett, K.L., Tate, J.A., DiVirgilio, D., Houze, M.P., Demirci, J.R., George, E. & Sereika, S.M., 2014. Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: results of the SPEACS trial. *Heart & Lung*, 43(2), pp. 89-98. 10.1016/j.hrtlng.2013.11.010.

Hassankhani, H. & Soheili, A., 2017. Zero-tolerance policy: the last way to curb workplace violence against nurses in Iranian healthcare system. *Journal of Caring Sciences*, 6(1), pp. 1-3. 10.15171/jcs.2017.001.

Höglander, J., Holmström, I.K., Lövenmark, A., Van Dulmen, S., Eide, H. & Sundler, J.A., 2023. Registered nurse–patient communication research: an integrative review for future directions in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 79(2), pp. 403-863. 10.1111/jan.15548.

Janatolmakan, M., Abdi, A., Rezaeian, Š., Nasab, F.N. & Khatony, A., 2023. Violence against emergency nurses in Kermanshah-Iran: prevalence and associated factors. *Nursing Research and Practice*, 2023(1), pp. 1-8. 10.1155/2023/9362977.

Kee, J.W.Y., Sing Khoo, H., Lim, I. & Koh, M.Y.H., 2018. Communication skills in patient-doctor interactions: learning from patient complaints. *Health Professions Education*, 4(2), pp. 97-106. 10.1016/j.hpe.2017.03.006.

Kim, S.C., Kaiser, J., Bulson, J., Hosford, J., Nurski, A., Sadat, C. & Kalinowski, N., 2022. Multisite study of aggressive behaviour risk assessment tool in emergency departments. *JACEP Open*, 3(2), pp. 1-9. 10.1002/emp2.12693.

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi, 2014. Uradni list Republike Slovenije, št. 52.

Kourkouta, L. & Papathanasiou, I.V., 2014. Communication in nursing practice. *Materia Sociomedica*, 26(1), pp. 65-67. 10.5455/msm.2014.26.65-67.

Krstić, A. & Kekuš, D., 2023. Asertivna komunikacija u zdravstvu. *PONS-medicinski časopis*, 20(1), pp. 37-42. 10.5937/pomc20-44696.

Kwame, A. & Petrucka, P.M., 2022. Universal healthcare coverage, patients' rights, and nurse-patient communication: a critical review of the evidence. *BMC Nursing*, 21(1), p. 54. 10.1186/s12912-022-00833-1.

Lapanja, A., 2015. Deeskalacijske tehnike komunikacije. In: J. Novak Peterka & B. Bregar, eds. *Izobraževalne vsebine v zdravstveni negi na področju psihiatrije*. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, pp. 114-116.

Lenaghan, P.A., Cirrincione, N.M. & Henrich, S., 2018. Preventing emergency department violence through design. *Journal of Emergency Nursing*, 44(1), pp. 7-12. 10.1016/j.jen.2017.06.012.

Li, Y.F., Chao, M. & Shih, C.T., 2018. Nurses' intention to resign and avoidance of emergency department violence: a moderated mediation model. *International Emergency Nursing*, 39, pp. 55-61. 10.1016/j.ienj.2017.09.004.

Munther, S., Nihad, A.O. & Maha, R., 2021. Breaching the bridge: an investigation into doctor-patient miscommunication as a significant factor in the violence against healthcare workers in Palestine. *BioMed Research International*, 2021(9994872), pp. 1-8. 10.1155/2021/9994872.

Ogunyemi, K.O. & Olagbaju, O.O., 2020. Effects of assertive and aggressive communication styles on students' self-esteem and achievement in english language. *Cross-Cultural Communication*, 16(1), pp. 96-101. 10.3968/11594.

Parker, D., Byng, R., Dickens, C., Kinsey, D. & McCabe, R., 2020. Barriers and facilitators to GP-patient communication about emotional concerns in UK primary care: a systematic review. *Family Practice*, 37(4), pp. 434-444. 10.1093/fampra/cmaa002.

Pich, J.V., Kable, A. & Hazelton, M., 2017. Antecedents and precipitants of patient-related violence in the emergency department: results from the Australian VENT study (violence in emergency nursing and triage). *Australasian Emergency Nursing Journal*, 20(3), pp. 107-113. 10.1016/j.aenj.2017.05.005.

Sharifi, S., Shahoei, R., Nouri, B., Almvik, R. & Valiee, S., 2020. Effect of an education program, risk assessment checklist and prevention protocol on violence against

emergency department nurses: a sin-gle center before and after study. *International Emergency Nursing*, 50, 100813. 10.1016/j.ienj.2019.100813.

Stafford, S., Avsar, P., Nugent, L., O'Connor, T., Moore, Z., Patton, D. & Watson, C., 2022. What is the impact of patient violence in the emergency department on emergency nurses' intention to leave? *Journal of Nursing Management*, 30(6), pp. 1852-1860. 10.1111/jonm.13728.

Sweet, A.M., 2017. Workplace violence: a comprehensive look at OSHA recordkeeping: doctoral dissertation. *East Carolina: East Carolina University*.

Tavakol, M. & Dennick, R., 2011. Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, pp. 53-55. 10.5116/ijme.4dfb.8dfd.

Timmins, F., Catania, G., Zanini, M., Ottonello, G., Napolitano, F., Musio, M.E., Aleo, G., Sasso, L. & Bagnasco, A., 2022. Nursing management of emergency department violence - Can we do more? *Journal of Clinical Nursing*, 32(7-8), pp. 1487-1494. 10.1111/jocn.16211.

Vovko, E. & Rukavina, T., 2017. Nasilen bolnik in tehnike komunikacije. In: G. Prosen, ed. *Zbornik V. šole urgence, Zreče, 1.-2. december 2017*. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino, pp. 93-97.

Zoleo, M., Della Rocca, F., Tedeschi, F., Zucchetto, M., Maddalena, G. & Vettore, G., 2020. Violence against health workers: findings from three emergency departments in the teaching hospital of Padua, Italy. *Internal and Emergency Medicine*, 15(6), pp. 1067-1074. 10.1007/s11739-020-02290-7.

7 PRILOGE

7.1 VPRAŠALNIK

Pozdravljeni,

sem Nika Bokan, študentka Fakultete za zdravstvo Angele Boškin in pripravljam magistrsko delo z naslovom Komunikacija in nasilje v urgentni dejavnosti pod mentorstvom doc. dr. Sanele Pivač. Namen raziskave je ugotoviti vpliv komunikacije na pojavnost nasilnih incidentov v urgentni dejavnosti ter ugotoviti vpliv spola, delovne dobe in stroke na pojavnost nasilnih dogodkov. Vaše sodelovanje je za raziskavo ključno, saj le z vašimi odgovori lahko dobimo vpogled v nasilje v urgentni dejavnosti. Anketa je anonimna, za izpolnjevanje pa boste potrebovali približno 5 minut časa. Zbrani podatki bodo obravnavani strogo zaupno in analizirani na splošno (in nikakor na ravni odgovorov posameznika). Uporabljeni bodo izključno za pripravo tega magistrskega dela. Za vaše sodelovanje se vam prijazno zahvaljujem.

1. Spol:

- a) Moški.
- b) Ženski.

2. Vaša starost _____ (v letih)

3. Poklic:

- a) Bolničar/ka.
- b) Srednja medicinska sestra/ zdravstvenik.
- c) Višja medicinska sestra, diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik.
- d) Magister zdravstvene nege ali drugih smeri v zdravstvu.
- e) Zdravnik specializant.
- f) Zdravnik specialist.

4. Delovna doba v letih: _____.

5. Kolikokrat ste bili v zadnjem mesecu priča nasilnemu dogodku?

Vrste nasilja	Število nasilnih dogodkov				
Besedno nasilje	0	1	2	3	4- ali večkrat
Fizično nasilje	0	1	2	3	4- ali večkrat
Ekonomsko nasilje	0	1	2	3	4- ali večkrat
Spolno nasilje	0	1	2	3	4- ali večkrat
Psihično nasilje	0	1	2	3	4- ali večkrat

6. S katero obliko nasilja ste se med delovno dobo srečali?

	1 – Nikoli	2 – Redko	3 – Včasih	4 – Pogosto	5 – Vedno
Besedno nasilje					
Fizično nasilje					
Spolno nasilje					
Ekonomsko nasilje					
Psihično nasilje					

7. Kdo je najpogosteje povzročitelj nasilja v vašem primeru? Prosim, označite na spodnji lestvici od 1 do 5, kako pogosti so po vašem mnenju navedeni povzročitelji nasilja v zdravstveni negi (1 – Nikoli, 5 – Vedno).

	1 – Nikoli	2 – Redko	3 – Včasih	4 – Pogosto	5 – Vedno
Pacienti					
Svojci					
Sodelavci					

8. Kako bi po vašem mnenju lahko preprečili nasilni dogodek? Označite od 1 do 5 (ocena 1 – popolnoma se ne strinjam, ocena 5 – popolnoma se strinjam)?

Deeskalacijska tehnika je večšina komuniciranja za zmanjševanje napetosti pacienta z uporabo neverbalnih in verbalnih komunikacijskih spretnosti (Lapanja, 2015). Agresivna

komunikacija pomeni, da oseba, ki jo uporablja, ne spoštuje sogovornika in vsiljuje svoja stališča (Krstić & Kekuš, 2023).

Asertivna komunikacija pomeni uporabo sproščenega in umirjenega tona, samozavesten odnos s spoštovanjem do sogovornika, kar mu bo vlilo zaupanje (Krstić & Kekuš, 2023).

Pasivna komunikacija je slog izražanja, pri kateri posameznik ne izrazi svojih misli, občutkov in potreb, temveč se umakne, da bi se izognil konfliktu (Ogunyemi & Olagbaju, 2020).

	1 – Popolnoma se ne strinjam	2 – Se ne strinjam	3 – Se niti ne strinjam niti strinjam	4 – Se strinjam	5 – Popolnoma se strinjam
Ustrezna deeskalacijska tehnika kot veščina komuniciranja					
Uporaba pasivne komunikacije					
Uporaba agresivne komunikacije					
Uporaba asertivne komunikacije					

9. Kako pogosto z navedenimi skupinami komunicirate agresivno (označite od 1 do 5. Ocena 1 – Nikoli, 5 – Vedno)?

Agresivna komunikacija pomeni, da oseba, ki jo uporablja, ne spoštuje sogovornika in vsiljuje svoja stališča (Krstić & Kekuš, 2023).

	1 – Nikoli	2 – Redko	3 – Včasih	4 – Pogosto	5 – Vedno
Pacienti					

Svojci					
Sodelavci					

10. Kako pogosto z navedenimi skupinami komunicirate asertivno (označite od 1 do 5. Ocena 1 – Nikoli, 5 – Vedno)?

Asertivna komunikacija pomeni uporabo sproščenega in umirjenega tona, samozavesten odnos s spoštovanjem do sogovornika, kar mu bo vlilo zaupanje (Krstić & Kekuš, 2023).

	1 – Nikoli	2 – Redko	3 – Včasih	4 – Pogosto	5 – Vedno
Pacienti					
Svojci					
Sodelavci					

11. Kako pogosto z navedenimi skupinami komunicirate pasivno (označite od 1 do 5. Ocena 1 – Nikoli, 5 – Vedno)?

Pasivna komunikacija je slog izražanja, pri kateri posameznik ne izrazi svojih misli, občutkov in potreb, temveč se umakne, da bi se izognil konfliktu (Ogunyemi & Olagbaju, 2020).

	1 – Nikoli	2 – Redko	3 – Včasih	4 – Pogosto	5 – Vedno
Pacienti					
Svojci					
Sodelavci					

12. V tabeli so navedene različne trditve deeskalacijskih tehnik kot veščin komunikacije v zdravstveni negi. Prosim, označite od 1 do 5 v kolikšni meri se strinjate z učinkovitostjo pri nasilnem dogodku spodaj navedenih trditev (ocena 1- popolnoma se ne strinjam, ocena 5 popolnoma se strinjam).

	1 – Popolnoma se ne strinjam	2 – Se ne strinjam	3 – Se niti ne strinjam niti strinjam	4 – Se strinjam	5 – Popolnoma se strinjam
Izogibam se prekomernemu odzivanju.					
Obvladujem čustva.					
Ostanem miren.					
Nadzor govornice telesa.					
Umirjenost glasu.					
Nadzor obrazne mimike.					
Ne odzivam se na žalitve.					
V primeru občutka jeze ali strahu premislim, preden spregovorim.					
Nisem žaljiv in nesramen.					
Ne moraliziram in ne poučujem.					
Ne kričim, govorim v tonu, da me sogovornik dobro sliši.					
Govor je počasen.					
Govor z nižjim tonom kot običajno.					
Vodim pogovor in ne dovolim pacientu, da prevzame vodenje pogovora.					