

Veščine komuniciranja izvajalcev zdravstvene nege v zahtevnih interakcijah s pacienti

Izvirni znanstveni članek

UDK 614.253.5:316.776.22

KLJUČNE BESEDE: raznolikost pacientov, komunikacijska kompetentnost, zdravstvena nega

POVZETEK – V zadnjih letih se je struktura pacientov, ki vstopajo v zdravstveno obravnavo, spremenila, s tem pa so se spremenile tudi potrebe po znanju, veščinah in kompetencah izvajalcev zdravstvene nege za komunikacijo z raznolikimi pacienti. Namen raziskave je bil ugotoviti izkušnje, potrebe in ovire izvajalcev zdravstvene nege s pacienti, ki jih doživljajo kot težavne. Zastavili smo si sedem ciljev, iz katerih smo določili raziskovalna vprašanja. Raziskava je temeljila na kvalitativnem raziskovalnem pristopu s tehniko intervjuvanja. V priložnostni vzorec je bilo vključenih deset izvajalcev zdravstvene nege, sedem oseb ženskega spola in tri osebe moškega spola, ki so stari med 26 in 58 let ter imajo med 5 in 38 let delovnih izkušenj v zdravstvu. Intervjuvanci kot poseben izziv zadnjih nekaj let vidijo predvsem paciente, ki vstopajo v zdravstveno obravnavo z višjimi pričakovanji, paciente, ki ne razumejo navodil ali jih ignorirajo, nezaupljive paciente, paciente s specifičnimi diagnozami in agresivne paciente, ob tem pa poudarjajo pomen veščin izvajalcev zdravstvene nege, ki znajo ustrezno komunicirati s takšnimi pacienti ter ohraniti zbranost in mirnost tudi v nepredvidljivih in stresnih situacijah.

Original scientific article

UDK 614.253.5:316.776.22

KEYWORDS: diversity of patients, communication competences, healthcare

ABSTRACT – In recent years, the structure of patients entering healthcare has changed and with it so has the need for healthcare providers' knowledge, skills and competences to communicate with different patients. The aim of the study was to identify the experiences, needs and barriers of healthcare providers in dealing with patients they perceive as difficult. We set ourselves seven objectives from which we derived the research questions. The study is based on a qualitative research approach, with the interview technique. The random sample comprised ten healthcare providers, seven female and three male, aged between 26 and 58 years, and with between 5 and 38 years of professional experience in healthcare. The people in the sample see as particularly challenging, in recent years, patients who enter medical treatment with higher expectations, patients who do not understand or ignore instructions, suspicious patients, patients with certain diagnoses and aggressive patients, emphasising the importance of skills of healthcare providers who can communicate appropriately with such patients and keep calm even in unpredictable and stressful situations.

1 Uvod

Komunikacija je temeljni proces, ki pomembno prispeva k oblikovanju človekove identitete, samozavednosti, socialne interakcije in kakovosti življenja (Carter, 2019). V zdravstveni obravnavi ima komunikacija posebno vlogo, saj kot temeljna profesionalna kompetenca omogoča vzpostavitev zaupanja med izvajalcem zdravstvene nege in pacientom (Chichirez in Purcărea, 2018; Sharkiya, 2023) ter lahko vpliva na splošno zadovoljstvo z zdravstveno oskrbo, izboljša zdravstvene izide, klinično varnost in učinkovitost oskrbe (Cheon idr., 2024).

Učinkovita komunikacija med izvajalcem zdravstvene nege, pacientom in njegovimi svojci je ključna za kakovostno in uspešno zdravstveno obravnavo (Kourkouta in Papathanasiou, 2014; Prebil idr., 2009). Za njeno doseganje morajo izvajalci zdravstvene nege pacienta razumeti in z njim vzpostaviti iskren, spoštljiv in topel odnos, ki spodbuja razumevanje pacientovih potreb (Cilar Budler in Čuček Trifkovič, 2023; Kourkouta in Papathanasiou, 2014). Neprilagojena obravnava pacientov lahko vodi v slabe izide zdravljenja in nezadovoljstvo pacientov (Taylor, 2005), medtem ko neučinkovita komunikacija povečuje tveganje za nesporazume, neustrezno oskrbo in strokovne napake (Balzer Riley, 2020; Minnican in O'Toole, 2020). V situacijah, ko pacienti doživljajo strah in negotovost, se lahko odzovejo jezno, kar lahko ustvari zahtevne situacije, ki lahko ob neustreznem razreševanju privedejo tudi do agresije (Edwards, 2010; Pavord in Donelly, 2015).

Komunikacija v zdravstveni obravnavi je proces izmenjave informacij, ki vključuje aktivno poslušanje, razumevanje sporočila in interpretacijo neverbalnih sporočil (Chichirez in Purcărea, 2018). V sodobnih teoretičnih pristopih se najpogosteje umešča v okvir na pacienta osredotočene obravnave (patient-centered care), ki poudarja celostno razumevanje pacienta kot posameznika z lastnimi vrednotami, izkušnjami in potrebami (Mead in Bower, 2000). Ta pristop presega biomedicinski model, saj vključuje psihosocialne dimenzije bolezni ter poudarja pomen odnosa med pacientom in izvajalcem zdravstvene nege. Relacijski pristop dodatno izpostavlja, da komunikacija ni enosmeren prenos informacij, temveč proces soustvarjanja pomena v interakciji med udeleženci (Street idr., 2009). Iz tega izhaja, da kakovost odnosa pomembno vpliva na pacientovo sodelovanje, zadovoljstvo in zdravstvene izide.

Pri obravnavi raznolikih skupin pacientov se lahko pojavijo izzivi pri komuniciranju. V povezavi s tem se v literaturi pojavlja kritika pojma »težavni pacient«, ki se vse pogosteje razume kot socialno konstruiran in relacijski fenomen. Ta ne odraža zgolj značilnosti pacienta, temveč tudi percepcije, pričakovanja in obremenitve izvajalcev zdravstvene nege (Koekkoek idr., 2009). Zato uporaba tega pojma zahteva posebno previdnost, saj lahko vodi v poenostavljeno razumevanje kompleksnih situacij. Za celovito obravnavo je pomembno upoštevati tudi koncepte stigmatizacije in etiketiranja, ki lahko vplivajo na odnos do pacienta in kakovost zdravstvene obravnave (Link in Phelan, 2001).

2 Komuniciranje s težavnimi pacienti

Pacienti, ki jih izvajalci zdravstvene nege pogosto dojemajo kot težavne, so prisotni v mnogih kliničnih okoljih (Adler, 2006). Njihova opredelitev je kompleksna, saj je pojem »težaven« subjektiven in pogosto odraža izkušnjo izvajalca zdravstvene nege, ne pa nujno objektivnih značilnosti pacienta (Koekkoek idr., 2006).

Literatura kritično obravnava uporabo tega pojma, saj lahko vodi v poenostavljanje kompleksnih situacij in zanemarjanje širšega konteksta, kot so organizacijski pritiski, časovne omejitve in komunikacijske ovire (Hahn idr., 1996; Koekkoek idr.,

2009). Poleg tega lahko takšno označevanje prispeva k stigmatizaciji pacientov ter negativno vpliva na terapevtski odnos, empatijo in kakovost obravnave (Link in Phelan, 2001). Zato nekateri avtorji predlagajo uporabo koncepta »težavne interakcije«, ki poudarja, da je težavnost rezultat odnosa med pacientom in izvajalcem zdravstvene nege ter konkretnih situacijskih okoliščin (McCabe, 2004). Takšen pristop omogoča manj pristransko razumevanje komunikacijskih izzivov.

Kljub temu se izvajalci zdravstvene nege v praksi pogosto srečujejo s pacienti, katerih vedenjske, čustvene ali komunikacijske značilnosti predstavljajo večji izziv v obravnavi. Ta vedenja so lahko povezana s stisko, strahom, bolečino ali preteklimi negativnimi izkušnjami z zdravstvenim sistemom, zato jih je treba obravnavati v širšem psihosocialnem kontekstu (Edwards, 2010). V zadnjih letih postaja komuniciranje v takšnih situacijah še posebej zahtevno. Razširjen dostop do informacij prek spleta je prinesel nove izzive. Pacienti, ki so še posebej časovno potratni in čustveno izčrpavajoči, dodatno poslabšujejo številne druge pritiske, s katerimi se izvajalci zdravstvene nege soočajo, kot so administrativne obremenitve, časovne omejitve in digitalizacija zdravstvene obravnave (Schuermeyer idr., 2017). V takšnih okoliščinah sta še toliko pomembnejši prilagojena komunikacija in izmenjava informacij, ki spodbuja razumevanje in sodelovanje ter omogoča enako kakovostno oskrbo (Carter, 2019).

Pomembno je, da izvajalci zdravstvene nege prepoznajo individualne potrebe pacienta, pri čemer so ključnega pomena dobra komunikacija v zdravstveni negi (Markides, 2011) in ustrezne komunikacijske veščine (Štante idr., 2018). Kakovostna komunikacija pomaga pacientu, da postane aktiven partner v procesu (Baby idr., 2018) in se lahko informirano odloča (Carter, 2019). Čeprav so zdravila, načrtovanje okolja in kadrovski viri prvi pogoj za obvladovanje zahtevnih vedenj, je učinkovita komunikacija pomemben vidik pri obvladovanju teh zahtevnih vedenj (Carter, 2019). Neustrezne komunikacijske veščine in komunikacijske ovire pa pogosto povzročajo konflikte (Pollozhani idr., 2013).

Za uspešno obravnavo je pomembno tudi, da se izvajalci zdravstvene nege zave dajo lastnih odzivov, čustev in stališč, saj ti pomembno vplivajo na potek interakcije s pacientom (Schuermeyer idr., 2017). Čeprav literatura omenja povezave med zahtevnim vedenjem in določenimi osebnostnimi značilnostmi ali duševnimi stiskami, opozarja tudi na nevarnost posploševanja in stigmatizacije, zlasti pri povezovanju s specifičnimi diagnozami (Koekkoek idr., 2006; Koekkoek idr., 2009). Takšne interpretacije lahko vodijo v pristransko obravnavo in zmanjšujejo možnosti za individualizirano, na pacienta osredotočeno oskrbo. Razvoj učinkovitih komunikacijskih strategij je zato ključen za preprečevanje neugodnih izidov v zdravstveni obravnavi (Schuermeyer idr., 2017).

3 Metodologija

Namen raziskave je bil preučiti komuniciranje izvajalcev zdravstvene nege s pacienti, ki jih doživljajo kot težavne.

Zanimalo nas je, kako izvajalci zdravstvene nege opredeljujejo težavne paciente, kako pogosto se z njimi srečujejo pri svojem delu in kako so se njihove komunikacijske potrebe v zadnjih letih spremenile, s katerimi ovirami se pri tem soočajo ter kako ocenjujejo zadostnost lastnih kompetenc za tovrstno komuniciranje, kakšne so njihove potrebe po dodatnem strokovnem izobraževanju na tem področju ter katere možnosti za izboljšanje komuniciranja s težavnimi pacienti prepoznajo znotraj svojega zavoda.

3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskava je temeljila na kvalitativnem raziskovalnem pristopu, uporabljena je bila deskriptivna metoda dela, primarni podatki za analizo so bili zbrani s tehniko intervjuvanja. Sekundarne podatke smo zbrali s pomočjo pregleda strokovne in znanstvene literature, pridobljene s pomočjo podatkovnih baz COBISS, PubMed in SpringerLink.

3.2 Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov je bila uporabljena predloga za polstrukturirani intervju, ki je bila oblikovana na podlagi pregleda tuje strokovne in znanstvene literature (Carter, 2019; Kourkouta in Papathanasiou, 2014; Schuermeyer idr., 2017). Predloga je bila sestavljena iz dveh sklopov in je vsebovala 14 vprašanj odprtega tipa s podvprašanji. Prvi del je bil namenjen pridobivanju sociodemografskih podatkov intervjuvancev (spol, starost, izobrazba, delovna doba v zdravstvu, zavod), drugi del pa pridobivanju podatkov, s pomočjo katerih smo odgovorili na raziskovalna vprašanja.

3.3 Opis vzorca

V priložnostni vzorec smo vključili deset izvajalcev zdravstvene nege, sedem oseb ženskega spola in tri osebe moškega spola, ki so stari med 26 in 58 let ter imajo med 5 in 38 let delovnih izkušenj v zdravstvu. Podrobni podatki so predstavljeni v tabeli 1.

Tabela 1

Demografski podatki izvajalcev zdravstvene nege/Demographic data on healthcare providers

Oznaka	Spol	Starost v letih	Izobrazba	Zaposlitev	Delovna doba v letih
I1	moški	57	dipl. zn.	DSO	38
I2	ženski	42	dipl. m. s.	DSO	9
I3	ženski	35	dipl. m. s.	bolnišnica	7
I4	ženski	48	dipl. m. s.	zdravstveni dom	28
I5	ženski	58	dipl. m. s.	DSO	30
I6	ženski	44	dipl. m. s.	DSO	18
I7	ženski	34	dipl. m. s.	DSO	8
I8	moški	28	dipl. zn.	bolnišnica	6
I9	ženski	26	dipl. m. s.	zdravstveni dom	5
I10	moški	31	dipl. zn.	DSO	12

3.4 Opis zbiranja in obdelave podatkov

Sodelovanje v raziskavi je bilo prostovoljno, vsem sodelujočim je bila v vseh fazah zbiranja in obdelave podatkov zagotovljena anonimnost, prav tako je raziskava potekala v skladu z veljavnimi etičnimi načeli raziskovanja. Za pridobivanje podatkov smo uporabili tehniko intervjuvanja. Intervjuji so potekali aprila in maja 2025. Razgovor smo s predhodnim dovoljenjem sodelujočih posneli s pomočjo mobilnega aparata. Tonske zapise smo po končanih intervjujih zapisali in jih posredovali intervjuvancem v avtorizacijo. Sledila je kvalitativna analiza, v okviru katere smo po večkratnem pregledu transkriptov izvedli odprto kodiranje, pri katerem smo relevantnim pomen-skim enotam pripisali kode. V nadaljevanju smo kode na podlagi vsebinske sorodnosti združevali v kategorije, pri čemer je proces vključeval primerjanje, združevanje ter preverjanje skladnosti med podatki.

Veljavnost oblikovanih kategorij smo zagotavljali s konstantno primerjavo znotraj podatkov, večkratnim pregledom intervjujev in pripadajočih citatov ter s transparentnim dokumentiranjem analitičnega postopka. Dodatno smo reflektirali vlogo raziskovalca in morebitne pristranskosti, s čimer smo prispevali k večji verodostojnosti interpretacije podatkov.

4 Rezultati

Izraze (kode) smo smiselno povezali v sedem kategorij, in sicer:

- ☐ Opredelitev težavnih pacientov.
- ☐ Stik s težavnimi pacienti.
- ☐ Spremembe potreb po komunikaciji s težavnimi pacienti.
- ☐ Ovire pri komunikaciji s težavnimi pacienti.
- ☐ Ocena kompetenčne usposobljenosti za komuniciranje s težavnimi pacienti.
- ☐ Vključenost v dodatna izobraževanja.
- ☐ Možnosti za spremembe in izboljšanje.

Kategorija 1: Opredelitev težavnih pacientov

Izvajalci zdravstvene nege v raziskavi različno opredeljujejo težavne paciente, pri čemer se definicije nanašajo na klinične, vedenjske in komunikacijske značilnosti pacientov. Nekateri jih povezujejo z določenimi zdravstvenimi stanji, kot so senzorične okvare, nevrološke in kronične bolezni ter motnje v duševnem zdravju, drugi pa poudarjajo vedenjske in komunikacijske vidike, kot so agresivnost, nezadovoljstvo, zavračanje sodelovanja ali otežena komunikacija.

To ponazarjajo naslednje izjave intervjuvancev:

- ☐ »Med težavne paciente uvrščam osebe z okvarami sluha (gluhe), slepe, paciente z motnjami požiranja, paciente z demenco, Parkinsonovo boleznijo ter različnimi psihičnimi stanji.« (I1)
- ☐ »To so tisti, ki zaradi bolezni, svojih vedenjskih vzorcev, osebnostnih lastnosti ali psihičnega stanja otežujejo sodelovanje, izvajanje zdravstvene nege ali komuni-

kacijo. Mednje sodijo tudi agresivni, manipulativni, zelo zahtevni ali sumničavi pacienti.« (I2)

- »Gre za paciente, ki zaradi svojih čustvenih stanj, kot so intenzivna tesnoba, agresija ali nezadovoljstvo, zahtevajo poseben pristop.« (I3)
- »To so pacienti, ki imajo zaradi strahu, bolečine, nepoznavanja postopkov ali osebnostnih lastnosti težave pri sodelovanju.« (I4)
- »Sem sodijo tudi pacienti, ki zavračajo sodelovanje, izražajo nezadovoljstvo, imajo izbruhe jeze ali ne spoštujejo osebnih meja zaposlenih.« (I5)
- »Gre za paciente, ki pogosto brez razloga ustvarjajo konfliktne situacije oziroma so stalno nezadovoljni in polni pripomb.« (I6)

Kategorija 2: Stik s težavnimi pacienti

Izvajalci zdravstvene nege poročajo, da se s težavnimi pacienti srečujejo zelo pogosto, pri čemer večina navaja vsakodnevne ali pogoste stike v klinični praksi. Najpogostejše so kot težavni pacienti izpostavljeni starejši bolniki z demenco, pacienti z duševnimi motnjami, kronični bolniki ter pacienti z agresivnim ali zahtevnim vedenjem.

To je razvidno iz naslednjih izjav intervjuvancev:

- »Vsak dan se srečujem s težavnimi pacienti, predvsem z osebami z duševnimi težavami in gluhih pacienti.« (I1)
- Gre predvsem za »starejše paciente z demenco« (I2, I4, I7, I9), »pa tudi kronične bolnike.« (I2, I4)
- »Težavni pacienti so pogosto starejši z demenco ali depresijo.« (I5, I8)
- »Srečujem se z zahtevnimi pacienti.« (I6)
- »To so tudi agresivni pacienti, s katerimi se srečujem pogosto.« (I10)

Kategorija 3: Spremembe potreb po komunikaciji s težavnimi pacienti

Intervjuvanci soglasno poročajo o spremembah komunikacijskih potreb v zadnjih letih, ki se na eni strani odražajo v večji potrebi po empatični, individualizirani in strukturirani komunikaciji, na drugi strani pa v večji informiranosti pacientov. Hkrati izpostavljajo poslabšanje pogojev zaradi kadrovskih stisk, večje kompleksnosti pacientov in povečane čustvene zahtevnosti interakcij.

To potrjujejo spodnje izjave sodelujočih v intervjuju:

- »Potrebe po empatični, individualni in strukturirani profesionalni komunikaciji so danes bistveno večje.« (I5)
- »Pacienti so bolj informirani« (I2, I3, I4) in »pričakujejo bolj sodelovalen in osebni pristop.« (I8)
- »Zaradi pomanjkanja kadra imamo manj časa za kakovostno komunikacijo.« (I1)
- »Po covidu je več težavnih interakcij.« (I6) »Več je nestrpnosti in nezaupljivosti pacientov.« (I9)
- »Pacienti so danes bolj čustveno občutljivi in manj potrpežljivi.« (I4)

Kategorija 4: Ovire pri komunikaciji s težavnimi pacienti

Kot ključne ovire pri komunikaciji s težavnimi pacienti intervjuvanci navajajo pomanjkanje časa, nezadostna komunikacijska orodja, pomanjkanje informacij o pacientu ter zahtevne vedenjske vzorce pacientov, kot so agresivnost, nezaupanje in nesodelovanje.

To je razvidno iz naslednjih izjav:

- »Največja ovira je pomanjkanje časa.« (I2, I3, I4, I8, I9)
- »Nimamo ustreznih pripomočkov za komunikacijo s pacienti, ki imajo govorno jezikovne motnje.« (I8)
- »Težave imamo pri pacientih, ki ne razumejo navodil ali jih ignorirajo.« (I7)
- »Ovira je tudi agresivno in manipulativno vedenje pacientov.« (I2)
- »Včasih nimamo dovolj informacij o pacientu, da bi razumeli njegovo vedenje.« (I4)
- »Velik izziv so tudi pritiski svojcev in prevelika pričakovanja.« (I5)

Kategorija 5: Ocena kompetenčne usposobljenosti za komuniciranje s težavnimi pacienti

Del intervjuvancev ocenjuje, da za učinkovito komunikacijo s težavnimi pacienti nimajo zadostnih kompetenc, zlasti na področju deeskalacije, postavljanja meja in obvladovanja čustvenih situacij. Drugi pa menijo, da so ustrezno usposobljeni, vendar poudarjajo pomen stalnega strokovnega izpopolnjevanja.

To se odraža v naslednjih izjavah intervjuvancev:

- »Primanjkuje mi veščin za deeskalacijo konfliktov.« (I2, I6, I9)
- »Včasih nimam dovolj strategij za postavljanje jasnih meja.« (I2, I6)
- »Težko obvladam svoje odzive v čustveno zahtevnih situacijah.« (I9)
- »Imam dovolj izkušenj, vendar je vedno prostor za dodatno izobraževanje.« (I3)
- »Pomembno je nadgrajevati znanje o komunikaciji z nasilnimi pacienti.« (I7)

Kategorija 6: Vključenost v dodatna izobraževanja

Intervjuvanci so različno vključeni v dodatna izobraževanja s področja komunikacije s težavnimi pacienti. Del se jih izobraževanj redno udeležuje, bodisi na pobudo delodajalca bodisi samoiniciativno, drugi pa v zadnjih letih niso bili vključeni v tovrstna izobraževanja. Udeleženci izobraževanj jih večinoma ocenjujejo kot koristna, vendar pogosto prekratka ali premalo poglobljena.

Intervjuvani so to podkrepili z izjavami:

- »Izobraževanj sem se udeležil na pobudo delodajalca.« (I2, I3, I4, I10)
- »Sama sem se udeležila spletnega seminarja o deeskalaciji.« (I8)
- »Izobraževanja so bila koristna, vendar prekratka in premalo kontinuirana za res poglobljeno delo s takšnimi pacienti.« (I2)
- V zadnjih dveh letih »se izobraževanj nisem udeležila.« (I6, I7)
- »Raje se posvečam osebnemu razvoju.« (I6)

Kategorija 7: Možnosti za spremembe in izboljšanje

Intervjuvanci poudarjajo potrebo po sistemskih izboljšavah, zlasti na področju kontinuiranega izobraževanja, večje kadrovske podpore, psihološke pomoči ter razvoja jasnih smernic in strukturirane podpore pri delu s težavnimi pacienti. Pomembna je tudi krepitev interdisciplinarnega sodelovanja in organizacijske kulture.

To potrjujejo spodnje izjave sodelujočih v intervjuju:

- »Potrebna je večja sistemska pozornost in več izobraževanj.« (I2)
- »Izobraževanja bi morala biti kontinuirana in ne le enkrat letno.« (I4)
- »Izobraževanja bi bila učinkovitejša z igranjem vlog.« (I2)
- »Koristne bi bile simulacijske vaje« (I3, I8) in »analiza primerov iz prakse.« (I7)
- Potrebujemo »stalno psihološko podporo ob težjih primerih.« (I2, I4, I5, I7)
- »Smernice za ravnanje v pogostih konfliktnih situacijah bi bile zelo koristne.« (I2)
- »Vodje s svojim zgledom pomembno vplivajo na komunikacijsko kulturo.« (I6)

Medsebojna povezanost kategorij

Analiza kaže medsebojno povezanost kategorij. Stik s težavnimi pacienti (2) lahko prispeva k temu, kako izvajalci zdravstvene nege razumejo opredelitev težavnih pacientov (1), hkrati pa omogoča lastno identifikacijo ovir pri komunikaciji s težavnimi pacienti (4) in zaznavanje spremenjenih potreb po takšni komunikaciji (3), posledično pa sproža premislek o oceni lastne kompetenčne usposobljenosti za komuniciranje s težavnimi pacienti (5) ter potrebo po dodatnem izobraževanju (6). Vključenost v dodatna izobraževanja (6) pa povratno vpliva na opredelitev težavnih pacientov (1) in na podajanje predlogov za spremembe in izboljšave (7).

5 Razprava

Z raziskavo smo želeli preučiti komuniciranje izvajalcev zdravstvene nege s pacienti, ki jih doživljajo kot težavne. Zanimali so nas njihovo razumevanje tega pojma, pogostost srečevanja s takšnimi pacienti, zaznane spremembe v komunikacijskih potrebah, ovire pri komuniciranju, ocena lastnih kompetenc ter potrebe po dodatnem izobraževanju in sistemskih izboljšavah.

Rezultati raziskave kažejo, da se izvajalci zdravstvene nege na svojem delovnem mestu pogosto ali celo vsakodnevno srečujejo s pacienti, ki jih doživljajo kot težavne. Ta ugotovitev je skladna z literaturo, ki poudarja, da so takšne interakcije stalni del klinične prakse (Adler, 2006) in predstavljajo pomemben izziv (Schuermeyer idr., 2017) pri zagotavljanju kakovostne zdravstvene obravnave (Baby idr., 2018; Carter, 2019; Cheon idr., 2024; Kourkouta in Papathanasiou, 2014; Lipovec Čebren, 2019). S tem se potrjuje tudi izhodišče, da komunikacija v zdravstveni negi ni zgolj prenos informacij, temveč kompleksen relacijski proces, ki pomembno vpliva na izide obravnave.

Udeleženci raziskave pojem »težavni pacient« opredeljujejo široko in vanjo uvrščajo: gluhe paciente, slepe paciente, paciente z duševnimi težavami, paciente s specifičnimi boleznimi (kronične bolezni, motnje požiranja, demenca, Parkinsonova bolezen),

paciente s posebnimi vedenjskimi ali osebnostnimi lastnostmi, zahtevne paciente, nezadovoljne paciente, paciente z neustreznimi informacijami, konfliktne paciente in agresivne paciente. Literatura vse te paciente razvršča na pet glavnih skupin (Lučaniin, 2010; Shapcott, 2017): paciente s senzornimi in kognitivnimi težavami (slepi in slabovidni, gluhi in naglušni, pacienti s primanjkljaji na področju govora, pacienti s kognitivnimi primanjkljaji), paciente s psihičnimi težavami (depresivni pacienti, tesnobni pacienti), paciente s specifičnimi boleznimi, paciente v nekem posebnem čustvenem stanju (pacienti v stresu, pacienti v krizi, jezni in agresivni pacienti) ter paciente s težavami v doživljanju in vedenju. Takšna raznolikost potrjuje teoretična izhodišča, da gre za heterogeno kategorijo, ki jo je težko enoznačno opredeliti (Koekkoek idr., 2006).

Raziskava nadalje kaže, da so se komunikacijske potrebe pacientov v zadnjih letih spremenile. Izvajalci zdravstvene nege zaznavajo večjo potrebo po individualiziranem in empatičnem pristopu. Pacienti so bolj informirani in zato pričakujejo bolj hiter, vključujoč, oseben in sodelovalen pristop, kar je skladno s konceptom na pacienta osredotočene obravnave. Ta zahteva aktivno vlogo pacienta, partnerski odnos ter prilagojeno komunikacijo, kar potrjujejo tudi druge raziskave (Carter, 2019; Schuermeyer idr., 2017). Vendar pa udeleženci opozarjajo, da takšen pristop zaradi organizacijskih omejitev, zlasti pomanjkanja kadra in časa, pogosto ni v celoti izvedljiv.

Pomemben vidik rezultatov predstavljajo zaznane ovire pri komuniciranju. Izvajalci zdravstvene nege izpostavljajo predvsem časovne omejitve, pomanjkanje informacij, kompleksnost pacientovih potreb ter čustveno zahtevne situacije, kot so nezaupanje, agresija in visoka pričakovanja pacientov. Te ugotovitve so skladne z literaturo, ki poudarja, da organizacijski dejavniki pomembno vplivajo na kakovost komunikacije in lahko prispevajo k nastanku konfliktov (Schuermeyer idr., 2017). Ob tem rezultati potrjujejo tudi pomen empatije, aktivnega poslušanja in razumevanja pacientove perspektive kot ključne elemente učinkovite komunikacije, zlasti v zahtevnih interakcijah.

Intervjuvane osebe so nadalje izpostavile, da je vse več pacientov s kompleksnimi težavami, več je tudi nestrpnosti, nezaupljivosti, manj potrpežljivosti, več čustvene občutljivosti in previsokih pričakovanj pacientov in njihovih svojcev, zato se kažejo primanjkljaji kompetenc, ki bi zagotavljale učinkovito komunikacijo v zahtevnih situacijah. Tudi Ule (2010) poudarja, da sposobnost vzpostavljanja pristnega človeškega odnosa odraža stopnjo komunikacijskih veščin izvajalca zdravstvene nege. Koekkoek idr. (2006) pa dodajajo, da so pri obravnavi zahtevnih pacientov ključni elementi enaki kot pri vseh pacientih: spoštovanje, aktivno poslušanje, validacija čustev in neobsojajoč pristop (Koekkoek idr., 2006). Schuermeyer idr. (2017) ob tem izpostavljajo, da so zahtevni pacienti izrazito občutljivi na stališča in vedenje izvajalca zdravstvene nege. Takšni pacienti pogosto izkazujejo sovražno in konfrontacijsko vedenje, uporabljajo medicinski žargon ter izražajo prepričanje o lastni superiornosti v znanju. Pogosto doživljajo obravnavo kot neustrezno, kar lahko pri izvajalcih zdravstvene nege povzroča občutke negotovosti in ranljivosti, vključno z izpostavljenostjo grožnjam, zlasti ob neugodnih izidih zdravljenja.

Izvajalci zdravstvene nege pri komunikaciji z zahtevnimi pacienti zaznavajo številne izzive, vključno z nerazumevanjem ali neupoštevanjem navodil, nezaupanjem, visokimi pričakovanji ter agresivnim in manipulativnim vedenjem. Poseben izziv predstavlja tudi ohranjanje ustrezne in umirjene komunikacije v nepredvidljivih situacijah. Med pomembne ovire sodi pomanjkanje časa, ki omejuje dostop do informacij o pacientu ter zmanjšuje zmožnost empatije in razumevanja njegovega vedenja. Nekateri vedenjski vzorci pacientov lahko otežujejo interakcijo in negativno vplivajo na izide zdravstvene obravnave (Schuermeyer idr., 2017). Razumevanje značilnih vedenjskih tipov omogoča razvoj učinkovitih komunikacijskih strategij, kar prispeva k zmanjšanju stresa in izboljšanju obravnave. Od izvajalcev zdravstvene nege se pričakujejo prilagojena in učinkovita komunikacija, visoka stopnja empatije ter razumevanje pacientovih skrbi (Schuermeyer idr., 2017; Taylan in Weber, 2023). Empatija, ki vključuje spoštovanje čustev, aktivno poslušanje ter ustrezno verbalno in neverbalno izražanje, pomembno prispeva k izboljšanju zdravstvene obravnave (Rani, 2016; Vandecasteele idr., 2024). Razumevanje ozadja vedenja zahtevnih pacientov kaže, da sta jeza in sovražnost pogosto posledici strahu in občutka izgube nadzora, čeprav se lahko izražata kot konfrontacija ali ustrahovanje. Takšno vedenje lahko pri izvajalcih zdravstvene nege sproži obrambne odzive, kot sta uveljavljanje lastnih stališč ali izogibanje interakciji (Schuermeyer idr., 2017).

Intervjuvani izvajalci zdravstvene nege svojo kompetentnost za komuniciranje s težavnimi pacienti ocenjujejo kot zadostno, kar pripisujejo predvsem dolgoletnim izkušnjam. Kljub temu izražajo potrebo po dodatnem izobraževanju in nadgradnji znanja. Ta ugotovitev je pomembna, saj literatura poudarja, da komunikacijske veščine niso zgolj rezultat izkušenj, temveč jih je mogoče sistematično razvijati z usposabljanjem (Back idr., 2005; El-Messoudi idr., 2023). Usposabljanja, usmerjena v razvoj komunikacijskih kompetenc, dokazano izboljšujejo samozavest izvajalcev zdravstvene nege, zmanjšujejo stres, prispevajo k boljši kakovosti obravnave (Baby idr., 2018) in zmanjšujejo izgorelost (Back idr., 2005).

V skladu z raziskovalnimi cilji so udeleženci izpostavili tudi več možnosti za izboljšanje komuniciranja s pacienti v njihovem zavodu. Poudarjajo potrebo po kontinuiranem strokovnem izobraževanju, zlasti z igranjem vlog, analizo primerov iz prakse in simulacijskimi vajami. To ugotovitev potrjujejo tudi Schuermeyer idr. (2017) in priporočajo, da izvajalci zdravstvene nege načrtujejo učinkovite komunikacijske strategije za težavne paciente, se o težavah pogovarjajo s kolegi in uporabljajo metode sproščanja, da bi se izognili pretirani obremenitvi, stresu ali izgorelosti.

Intervjuvanci so izpostavili tudi potrebo po sistemski ureditvi in podpori vodstva za dodatna izobraževanja in usposabljanja. Prav tako Adler (2006) ugotavlja, da je zdravstveni sistem slabo pripravljen na zagotavljanje potrebnih in obsežnih dolgoročnih storitev za težavne paciente. Z njim se strinjajo tudi Cheon idr. (2024), ki potrjujejo, da je treba razviti programe podpore in usposabljanja, ki bodo v prihodnosti olajšali komunikacijo s takšnimi pacienti. Koristno je znati prepoznati vzorce vedenja in imeti jasen načrt za obvladovanje težavnih pacientov (Schuermeyer idr., 2017).

Posebej pomembna ugotovitev raziskave je, da pomanjkanje kadra in časovne omejitve pomembno zmanjšujejo možnosti za kakovostno komunikacijo. Izvajalci zdravstvene nege poudarjajo, da bi bilo koristno imeti tudi smernice (protokole) za ravnanje v pogostih konfliktnih situacijah, stalno psihološko podporo in vključevanje drugih strokovnjakov ob pojavu težjih situacij, pa tudi možnost supervizije v stresnih situacijah. Takšen pristop potrjujejo Koekkoek idr. (2006), ki vidijo multidisciplinarno timsko delo s težavnimi pacienti kot nujno na poti do manj težav in manj napak. Adler (2006) pa navaja nekaj konkretnih smernic ob stiku s težavnim pacientom: imeti realistična pričakovanja v izogib pretiranemu zdravljenju, kaznovanju ali opuščanju zdravljenja; zagotoviti fizično in čustveno varnost; dostop do kriznega upravljanja in omejevalnih intervencij za neizogibne nujne primere; podpora in pomoč drugih za obvladovanje občutkov in vedenjskih reakcij, ki se pojavijo po zahtevnem stiku s težavnim pacientom. Schuermeyer idr. (2017) pa kot najboljšo strategijo prepoznavajo opustitev boja za moč, tako da se legitimizira pacientov občutek upravičenosti do najboljšega možnega zdravljenja.

6 Zaključek

Na podlagi ugotovitev raziskave in ob podpori strokovne in znanstvene literature lahko zaključimo, da je učinkovita komunikacija s pacienti, ki jih izvajalci zdravstvene nege doživljajo kot težavne, kompleksen in večdimenzionalen proces, ki pomembno vpliva na kakovost zdravstvene obravnave. Rezultati potrjujejo teoretična izhodišča, da takšnih situacij ni mogoče razumeti zgolj skozi značilnosti pacienta, temveč tudi kot rezultat interakcije med pacientom in izvajalcem zdravstvene nege.

Raziskava je pokazala, da se izvajalci zdravstvene nege s takšnimi pacienti srečujejo pogosto ter da se komunikacijske potrebe v sodobnem zdravstvenem okolju povečujejo, zlasti v smeri večje individualizacije, empatije in sodelovalnega pristopa. Ob tem pomembno vlogo omejujočega dejavnika predstavljajo pomanjkanje časa, kadra in sistemske podpore, kar otežuje uresničevanje na pacienta osredotočene komunikacije.

Čeprav izvajalci zdravstvene nege svoje kompetence večinoma ocenjujejo kot zadostne, rezultati kažejo na jasno potrebo po kontinuiranem strokovnem izobraževanju ter razvoju specifičnih komunikacijskih veščin za obvladovanje zahtevnih interakcij. Pomembni so tudi sistemski ukrepi, kot so podpora vodstva, multidisciplinarno sodelovanje, razvoj smernic za obravnavo konfliktnih situacij ter zagotavljanje psihološke podpore zaposlenim.

Raziskava ima tudi nekatere omejitve. Mednje štejemo predvsem majhnost vzorca, ki omejuje posploševanje rezultatov na širšo populacijo izvajalcev zdravstvene nege. Nadalje obstaja možnost pristranskosti zaradi socialno zaželenih odgovorov, saj so udeleženci morda podajali odgovore, ki so skladni s pričakovanji stroke ali družbe, ne pa nujno z njihovim dejanskim ravnanjem v praksi. V prihodnje bi bilo smiselno vključiti večji in bolj raznolik vzorec ter uporabiti kombinacijo metod za celovitejše razumevanje problematike.

Ksenija Strnad

Communication Skills of Healthcare Providers in Challenging Interactions with Patients

Communication is a fundamental process that significantly contributes to the formation of human identity, self-confidence, social interaction, and quality of life (Carter, 2019). In healthcare, communication plays a special role; as a core professional competency, it enables the establishment of trust between the healthcare provider and the patient (Chichirez & Purcărea, 2018; Sharkiya, 2023), and can influence overall satisfaction with healthcare services, improve health outcomes, clinical safety, and the efficiency of care (Cheon et al., 2024). Effective communication between the healthcare provider, the patient, and their relatives is essential for high-quality and successful healthcare delivery (Kourkouta & Papathanasiou, 2014; Prebil et al., 2009). To achieve this, healthcare providers must understand the patient and establish a sincere, respectful, and warm relationship that promotes the understanding of the patient's needs (Cilar Budler & Čuček Trifković, 2023; Kourkouta & Papathanasiou, 2014). Inadequate patient care can lead to poor treatment outcomes and patient dissatisfaction (Taylor, 2005), while ineffective communication increases the risk of misunderstandings, inappropriate care and professional errors (Balzer Riley, 2020; Minnican & O'Toole, 2020).

A particular challenge is posed by the patients whom the healthcare providers often perceive as "difficult." The literature warns that this concept is subjective and often reflects the experience of the healthcare provider rather than the objective characteristics of the patient (Koekkoek et al., 2009). Such labelling may contribute to patient stigmatisation and negatively affect the therapeutic relationship, empathy, and quality of care (Link & Phelan, 2001). Therefore, some authors propose the use of the concept of "difficult interactions," which emphasises that difficulty is the result of the relationship between the patient and the healthcare provider, as well as specific situational circumstances (McCabe, 2004).

For successful care, it is important that healthcare providers are aware of their own reactions, emotions, and attitudes, as these significantly influence the course of interaction with the patient (Schuermeyer et al., 2017). Although the literature mentions links between challenging behaviour and certain personality traits or psychological distress, it also warns against generalisation and stigmatisation, especially when associating such behaviour with specific diagnoses (Koekkoek et al., 2006; Koekkoek et al., 2009). Such interpretations may lead to biased treatment and reduce opportunities for individualised, patient-centred care. The development of effective communication strategies is therefore crucial for preventing adverse outcomes in healthcare (Schuermeyer et al., 2017).

The aim of the study was to examine the communication among healthcare providers with patients they perceive as difficult. The study used a qualitative approach and

a descriptive research method. Data were collected through semi-structured interviews with ten healthcare providers, aged between 26 and 58 years, with 5 to 38 years of work experience in healthcare. Data analysis was carried out using open coding and comparative analysis, enabling the formation of thematic categories and an in-depth understanding of the phenomenon studied.

The results show that healthcare providers encounter patients they perceive as difficult very frequently, often daily, confirming that such interactions are a constant part of the clinical practice. These patients are most often older adults with dementia, patients with mental disorders, chronically ill patients, and patients with aggressive or demanding behaviour. Definitions of “difficult patients” are diverse and include clinical, behavioural, and communication characteristics, such as sensory and cognitive impairments, psychological disorders, dissatisfaction, non-cooperation, and aggression, confirming the heterogeneity of this group and the complexity of their care.

The analysis showed that the patients’ communication needs have changed significantly in recent years. Healthcare providers perceive a greater need for empathetic, individualised, and structured communication, which is related to greater patient awareness, the accessibility of online resources, and changes in social expectations. Patients now expect a partnership-based relationship, more explanations, and active involvement in decision-making. This is consistent with the concept of patient-centred care, which emphasises the active role of the patient (Carter, 2019; Schuermeyer et al., 2017). At the same time, healthcare providers point to the deteriorating conditions for communication due to lack of time and staff shortages, as well as the increasing complexity of patient needs, which often leads to feelings of overload and reduced quality of interaction.

Among the main barriers to communication, the interviewees highlighted time constraints, lack of information about the patient, inadequate communication tools, and challenging behavioural patterns, such as aggression, distrust, non-cooperation, and high expectations. Additional burdens include the pressure from relatives, administrative demands, and the increasing complexity of health conditions. These circumstances hinder the establishment of a quality relationship, reduce opportunities for effective communication, and increase the risk of conflict situations (Schuermeyer et al., 2017). A significant challenge is also maintaining a professional, calm, and empathetic communication in emotionally demanding and unpredictable situations, where healthcare providers are often exposed to additional psychological pressure.

Regarding their own competencies for communicating with difficult patients, the interviewees’ views were divided. Some believe they have sufficient competencies due to many years of experience, while others point to a lack of specific skills, especially in conflict de-escalation, setting boundaries, assertive communication, and managing their own emotional responses. Most agree that a continuous professional development is necessary, as communication skills require an ongoing development and adaptation to new challenges in practice.

The participation in additional training varies among the interviewees. Those who attend such training evaluate it as beneficial, but often too brief, insufficiently systematic, and not sufficiently focused on the practical application of knowledge. They identify interactive approaches as the most effective forms of education, such as role-playing, simulation exercises, reflection on personal experiences, and analysis of concrete cases from practice, which enable the development of practical skills and greater self-confidence at work.

The study also places important emphasis on systemic factors. The interviewees highlighted numerous possibilities for improving communication with difficult patients. Key proposals include the introduction of continuous and systematic training, greater staffing support, development of clear guidelines for handling conflict situations, provision of psychological support for employees, and strengthening interdisciplinary cooperation. They also emphasise the importance of management support, organisational culture, and a safe working environment that encourages open communication, reflection, and professional development. Such measures could significantly contribute to reducing stress and improving the quality of care.

The discussion of the results confirms that the communication with patients perceived by healthcare providers as difficult is a complex, multidimensional, and context-dependent process that cannot be understood solely through the characteristics of the patient, but rather as the result of the interaction between the patient, the healthcare provider and the wider organisational environment (Koekkoek et al., 2006; McCabe, 2004). The literature emphasises the importance of empathy, active listening, and respect as key elements of high-quality communication (Vandecasteele et al., 2024; Rani, 2016).

Based on the findings of the study and supported by professional and scientific literature, it can be concluded that effective communication with patients perceived by healthcare providers as difficult is a complex and multidimensional process that significantly affects the quality of healthcare delivery. At the same time, lack of time, staffing shortages, and insufficient systemic support play an important limiting role, making it more difficult to implement patient-centred communication. The study highlights the need for further development of communication competencies, the introduction of structured training programmes, and systemic measures that will enable better working conditions for healthcare providers and improve the quality of patient care. Despite the limitations of the study, such as the small sample size and the possibility of response bias, the findings contribute to a deeper understanding of communication challenges in healthcare practice and represent an important starting point for further research and professional development.

Izjava o dostopnosti raziskovalnih podatkov

Članek temelji na raziskovalnih podatkih, ki se hranijo v arhivu avtorja in niso javno dostopni; dostopni so pri avtorju na podlagi utemeljene prošnje.

LITERATURA

1. Adler, D. A. (2006). Difficult patients: Within themselves and with caregivers. *Psychiatric Services*, 57(6), 767. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.6.767>
2. Baby, M., Gale, C. in Swain, N. (2018). Communication skills training in the management of patient aggression and violence in healthcare. *Aggression and Violent Behavior*, 39, 67–82. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.02.004>
3. Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Tulskey, J. A. in Fryer-Edwards, K. (2005). Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 55(3), 164–177. <https://doi.org/10.3322/canjclin.55.3.164>
4. Balzer Riley, J. (2020). *Communication in nursing* (9. izd.). Elsevier.
5. Carter, L. (2019). Communication skills in difficult situations. V K. Norman (ur.), *Communication skills: For nursing and healthcare students* (str. 83–103). Scion Publishing.
6. Cheon, J., Kim, H. in Kim, D. H. (2024). Healthcare providers' communication experience in the pediatric intensive care unit: A phenomenological study. *BMC Health Services Research*, 24, Article 956. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11394-1>
7. Chichirez, C. M. in Purcărea, V. L. (2018). Interpersonal communication in healthcare. *Journal of Medicine and Life*, 11(2), 119–122.
8. Cilar Budler, L. in Čuček Trifkovič, K. (2023). Duševno zdravje v napredni praksi zdravstvene nege. Univerza v Mariboru, Univerzitetna založba. <https://doi.org/10.18690/um.fzv.2.2023>
9. Edwards, M. (2010). *Communication skills for nurses: A practical guide on how to achieve successful consultations*. Quay Books.
10. El-Messoudi, J., Lillo-Crespo, M. in Leyva-Moral, J. (2023). Exploring education in cultural competence and transcultural care in Spain for nurses and future nurses: A scoping review and gap analysis. *BMC Nursing*, 22, 320. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01483-7>
11. Hahn, S. R., Kroenke, K., Spitzer, R. L., Brody, D., Williams, J. B. W., Linzer, M. in deGruy, F. V. (1996). The difficult patient: Prevalence, psychopathology, and functional impairment. *Journal of General Internal Medicine*, 11(1), 1–8. <https://doi.org/10.1007/BF02603477>
12. Koekkoek, B., van Meijel, B. in Hutschemaekers, G. (2006). "Difficult patients" in mental health care: A review. *Psychiatric Services*, 57(6), 795–802. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.6.795>
13. Koekkoek, B., van Meijel, B., Schene, A. in Hutschemaekers, G. (2009). Clinical problems in community mental health care for patients with severe borderline personality disorder. *Community Mental Health Journal*, 45(6), 508–516. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9259-7>
14. Kourkouta, L. in Papathanasiou, I. V. (2014). Communication in nursing practice. *Materia Socio-Medica*, 26(1), 65–67. <https://doi.org/10.5455/msm.2014.26.65-67>
15. Link, B. G. in Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>
16. Lipovec Čebren, U. (2019). Medkulturni in drugi nesporazumi v zdravstvu. V N. K. Pokorn in U. Lipovec Čebren (ur.), *Večjezično zdravje: Komunikacijske strategije in večkulturni stiki s tujejezičnimi bolniki v slovenskem zdravstvenem sistemu* (str. 78–91). Znanstvena založba Filozofske fakultete Univerze v Ljubljani.
17. Lučanin, D. (2010). Komunikacija s osobama omejenih komunikacijskih sposobnosti. V D. Lučanin in J. Despot Lučanin (ur.), *Komunikacijske vještine u zdravstvu* (str. 125–142). Zdravstveno veleučilište.
18. Markides, M. (2011). The importance of good communication between patient and health professionals. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 33(2), 123–125. <https://doi.org/10.1097/MPH.0b013e318230e1e5>
19. McCabe, C. (2004). Nurse–patient communication: An exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41–49. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00817.x>
20. Mead, N. in Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087–1110. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)

21. Minnican, C. in O'Toole, G. (2020). Exploring the incidence of culturally responsive communication in Australian healthcare: The first rapid review on this concept. *BMC Health Services Research*, 20, 20. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4859-6>
22. Pavord, E. in Donnelly, E. (2015). *Communication and interpersonal skills* (2. izd.). Lantern Publishing.
23. Pollozhani, A., Kosevska, E., Petkovski, K., Memeti, S., Limani, B. in Kasapinov, B. (2013). Some aspects of culturally competent communication in health care in the Republic of Macedonia. *Materia Socio-Medica*, 25(4), 250–254. <https://doi.org/10.5455/msm.2013.25.250-254>
24. Prebil, A., Mohar, P. in Drobne, J. (2009). *Komunikacija v zdravstvu. Celjska Mohorjeva družba; Društvo Mohorjeva družba.*
25. Rani, K. U. (2016). Communication barriers. *Journal of English Language and Literature*, 3(2), 74–76.
26. Schuermeyer, I. N., Sieke, E., Dickstein, L., Falcone, T. in Franco, K. (2017). Patients with challenging behaviors: Communication strategies. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 84(7), 535–542. <https://doi.org/10.3949/ccjm.84a.15130>
27. Shapcott, J. (2017). Integrating mindful communication skills for complex encounters. V J. Shapcott, A. Luthi in G. Reid (ur.), *Communication in nursing and healthcare: A guide for compassionate practice* (str. 112–124). Sage. <https://doi.org/10.4135/9781529714753.n12>
28. Sharkiya, S. H. (2023). Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: A rapid review. *BMC Health Services Research*, 23(1), članek 886. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09869-8>
29. Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K. in Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>
30. Štante, A., Mlinar Reljić, N. in Donik, B. (2018). Jezikovne prepreke pri zdravstveni negi tujgovorečih pacientov: Kvalitativna opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(4), 233–241. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.2.207>
31. Taylan, C. in Weber, L. T. (2023). “Don’t let me be misunderstood”: Communication with patients from a different cultural background. *Pediatric Nephrology*, 38, 643–649. <https://doi.org/10.1007/s00467-022-05573-7>
32. Taylor, R. (2005). Addressing barriers to cultural competence. *Journal for Nurses in Staff Development*, 21(4), 135–142. <https://doi.org/10.1097/00124645-200507000-00001>
33. Ule, M. (2010). Pomen empatije in dobre komunikacije z zdravstvenim osebjem za zdravje bolnika. V B. Skela-Savič, S. Hvalič Touzery, B. M. Kaučič in J. Zurc (ur.), *Kako izboljšati odnos zdravstvenih delavcev v kliničnem okolju in študentov zdravstvene nege do gerontologije ter dvigniti strokovni ugled do dela s starejšimi: Interaktivna konferenca z učnimi delavnicami, Jesenice, 9. in 10. september 2010: Zbornik prispevkov z recenzijo* (str. 17–23). Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice.
34. Vandecasteele, R., Robijn, L., Stevens, P. A. J., Willems, S. in De Maesschalck, S. (2024). “Trying to write a story together”: General practitioners’ perspectives on culturally sensitive care. *International Journal for Equity in Health*, 23, 118. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02200-9>