



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**PROFESIONALNA IN ETIČNA
ODGOVORNOST MEDICINSKE SESTRE PRI
ZAGOTAVLJANJU INTIMNOSTI**

**NURSE'S PROFESSIONAL AND ETHICAL
RESPONSIBILITY IN PROVIDING
INTIMACY**

Mentorica: Sandra Naka, pred.

Kandidat: Aleksander Šibarević

Jesenice, julij 2014

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici Sandri Naka, pred., za napotke in strokovno pomoč pri pisanju diplomskega dela.

Zahvaljujem se tudi obema recenzentkama, izr. prof. dr. Brigiti Skela Savič in Karmen Romih, pred.

Zahvaljujem se tudi svojemu dekletu Martini za vso pomoč v času izobraževanja in mami Vilmi za motivacijo.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Medicinske sestre morajo pri izvajanju zdravstvene nege spoštovati načela Etičnega kodeksa in spoštovati tako zakonske omejitve, kot tudi želje in potrebe slehernega pacienta. Etična in profesionalna odgovornost medicinske sestre pri zagotavljanju intimnosti pacienta je tako tudi pomemben del zdravstvene nege.

Cilj: Ugotoviti doslednost medicinskih sester pri zagotavljanju intimnosti pacientov v sklopu etične in profesionalne odgovornosti ter ugotoviti stopnjo zagotavljanja intimnosti v praksi glede na razpoložljive delovne razmere.

Metoda: Januarja 2014 smo z uporabo anketnega vprašalnika izvedli kvantitativno raziskavo na oddelku za travmatologijo v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana. Razdelili smo 100 anket, vrnjenih je bilo 85. Realizacija vzorca je bila 85 %. Podatke smo statistično obdelali s programom SPSS 19.0 in programom Microsoft Excel.

Rezultati: Rezultati so pokazali, da je zagotavljanje pacientove intimnosti s strani medicinskih sester na zelo visoki ravni, najpomembnejša komponenta pri izvajanju in zagotavljanju intimnosti pa je spoštovanje ($PV = 4,76$). S starostjo se znižuje strinjanje s trditvijo, da si z dobrim odnosom do pacienta medicinska sestra lahko zagotovi intimnost ($r_s = -0,217$, $p = 0,047$), starejši anketiranci menijo, da se pogosteje dogaja, da sodelavci pri izvajanju zdravstvene nege pacientom ne zagotovijo zasebnosti ($r_s = -0,232$, $p = 0,036$). Medicinske sestre z nižjo stopnjo izobrazbe pri opravljanju posegov pogosteje zagotovijo pacientu zasebnost ($r_s = 0,302$, $p = 0,005$).

Razprava: Anketiranci kažejo slabo poznavanje temeljne sestave Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, vendar menijo, da imajo dovolj znanja na področju zagotavljanja zasebnosti in intimnosti. Pri zagotavljanju intimnosti anketiranci primarno spoštujejo pacienta. Najpogostejša kršitev na področju zagotavljanja intimnosti je, da pacienta pregledajo tudi pred drugimi pacienti. Za področje intimnosti bi morali pogosteje organizirati dodatna izobraževanje. Raziskavo bi bilo smiselno ponoviti v obliki intervjuja in se opredeliti zgolj na vprašanja, ki se nanašajo samo na zagotavljanje in izvajanje intimnosti.

Ključne besede: etična odgovornost, profesionalna odgovornost, medicinska sestra in zdravstvena nega, intimnost, pacient.

SUMMARY

Theoretical starting point: Nurses must respect the principles written in the code of ethics when providing health care. They also have to respect legal restrictions as well as the wishes and needs of each patient. Nurses ethical and professional accountability is there for an important part of health care when providing patient's intimacy.

Goal: To find out the consistency of nurses in providing patient's intimacy within the context of ethical and professional responsibilities. To find out the level of providing intimacy in practice, given the available working conditions.

Method: In January 2014 a quantitative research with a questionnaire was made at the Department of Traumatology at University Medical Center Ljubljana. We distributed 100 questionnaires, 85 of them were returned. Sample realization was 85 %. Results were statistically analyzed with SPSS and Excel.

Results: The results showed that the patient's intimacy is provided by nurses at a very high level. Respect is the most important component in implementing and maintaining intimacy (AV = 4,76). Depending on the age, the agreement is getting lower with the statement that intimacy can be provided with a better nurse – patient relationship ($r_s = -0.217$, $p = 0.047$). Older nurses believe more often that their co-workers don't provide enough privacy to patients in nursing care ($r_s = 0,232$, $p = 0,036$). Nurses with lower education ensure more privacy to the patients in nursing care ($r_s = 0,302$, $p = 0,005$).

Discussion: Respondents show poor knowledge on fundamental structure of the Ethics code but they feel they have enough knowledge to provide privacy and intimacy. In providing intimacy respondents primarily respect patients. The most common violation of patient's intimacy is when a patient is examined in front of the other patients. For better knowledge on intimacy additional education should be organized more frequently. It would be meaningful to repeat the research using an interview method and to focus only on issues relating to the provision and implementation of intimacy.

Key words: ethical responsibility, professional accountability, a nurse and health care, intimacy, patient.

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	4
	2.1 ODGOVORNOST MEDICINSKE SESTRE	4
	2.1.1 Etična odgovornost.....	5
	2.1.2 Profesionalna odgovornost.....	7
	2.2 ZASEBNOST IN INTIMNOST V KODEKSU ETIKE MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE	8
	2.2.1 Načelo III.....	10
	2.2.2 Načelo IV.....	11
	2.3 PRAVICE PACIENTOV Z VIDIKA ZASEBNOSTI IN INTIMNOSTI	11
	2.3.1 Zakon o pacientovih pravicah	12
	2.3.2 Pravica do zasebnosti	13
	2.4 ZASEBNOST IN INTIMNOST V ZDRAVSTVENI NEGI.....	14
	2.4.1 Intimnost v zdravstveni negi	15
	2.4.2 Kršitve na področju zasebnosti in intimnosti	18
3	EMPIRIČNI DEL	21
	3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	21
	3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	21
	3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	22
	3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov	22
	3.3.2 Opis merskega instrumenta	22
	3.3.3 Opis vzorca.....	24
	3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	25
	3.4 REZULTATI.....	25
	3.5 RAZPRAVA	34
4	ZAKLJUČEK	42
5	LITERATURA	43
6	PRILOGE	50
	6.1 INSTRUMENT	50
	6.2 MATRIKA PODATKOV	57

KAZALO TABEL

Tabela 1: Demografski podatki anketirancev	24
Tabela 2: Frekvenčne porazdelitve vprašanj iz sklopa Etična in profesionalna odgovornost	27
Tabela 3: Pogostost zagotavljanja zasebnosti.....	28
Tabela 4: Pomembnost komponent pri izvajanju in zagotavljanju intimnosti	29
Tabela 5: Stopnja zagotavljanja intimnosti	30
Tabela 6: Pogostost napačnega ravnanja medicinskih sester	31

KAZALO SLIK

Slika 1: Ali ste kdaj sodelavca opozorili, da je napačno ravnal na delovnem mestu in ste to tudi sami opazili?.....	32
Slika 2: So se pacienti že kdaj pritožili nad vašim ravnanjem v zvezi z zagotavljanjem intimnosti?	32

1 UVOD

Zdravstvena nega je profesionalna disciplina, ki temelji na humanističnih vrednotah. Te vrednote so povezane s telesnimi, duševnimi in družbenimi razsežnostmi človeka, v praksi pa so pogosto posamezne vrednote zapostavljene. Pri tem mislimo predvsem na spoštovanje človekove osebnosti in dostojanstva, spoštovanje njegove intimnosti, avtonomnosti, zasebnosti. Ne glede na vse pa je pomembno, da vsakega pacienta obravnavamo kot celotno bitje, spoštujemo njegovo osebnost, njegove želje in navade ter ga tudi vključimo v sam proces zdravljenja in zdravstvene oskrbe (Janežič, Klemenčič, 2010, str. 153).

Medicinska sestra je odgovorna do pacientov, sodelavcev, delodajalcev, svoje stroke, širše družbe in nenazadnje tudi do same sebe. Sam pojem odgovornost lahko razdelimo na bolj osebni vidik (biti odgovoren) ter na pravni vidik (imeti odgovornost). Pri svojem delu pa medicinska sestra prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost (Tschudin, 2004a povz. po Černoga, 2009, str. 223).

Posameznik deluje etično, kadar je skladen s svojo zdravo vestjo ter ima jasno predstavo o tem, kaj je pravilno in napačno ter dobro ali slabo. V zdravstvu je potrebno spoštovati etična načela, ki temeljijo na strokovnosti in vesti zdravstvenega delavca. Prav strokovno znanje in vest strokovnjaka sta enako pomembni sestavini pri oblikovanju etične osebnosti zdravstvenega delavca (Ivanjko, 2009, str. 45). V zdravstveni negi so za pomoč medicinskim sestram pri določanju, kaj je etično dopustno in kako se ravnati pri opravljanju svojih nalog, v Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije opredeljene naloge in standardi, poseben poudarek pa je na dolžnostih za ohranitev življenja in zdravja ter humanega, strokovnega in odgovornega opravljanja dela (prav tam, str. 48).

Pri tem je pomembno, da medicinska sestra prevzema veliko odgovornost, ki je ni mogoče opredeliti samo z zakoni in predpisi. Pri delu je pomembna posameznikova etična drža, ki izhaja iz njegovih moralnih vrednot (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2005, str. 1).

Iz vidika profesionalne odgovornosti mora vsa medicinsko osebje skrbeti, da so člani usposobljeni in da so vzpostavljeni ustrezni mehanizmi za opravljanje posamezne naloge (Drinovec, 2002, str. 752). Medicinska sestra je v določenem obsegu svojega dela podrejena zdravniku, toda tudi kadar opravlja delo pod nadzorom in po navodilih zdravnika, prevzema v celoti odgovornost tudi v primeru storjene napake pri izpolnjevanju navodil. Medicinska sestra sme tako dobiti in sprejeti zgolj in samo tisto delo, za katerega je usposobljena in pooblaščen (Černoga, 2009, str. 224). Imeti mora torej ustrezno izobrazbo in biti kompetentna za izvajanje teh del. V tem primeru nosi polno odgovornost (Maze, 2009, str. 22). Pri samostojnem opravljanju poklicnih nalog pa nastaja odgovornost medicinske sestre na podlagi poklicnih pravil, ki obsegajo dolžnost njenega delovanja (Filipčič, 2002, str. 16).

Medicinske sestre s svojim delom posegajo zelo globoko v intimo vsakega pacienta in si morajo prizadevati za strokovno, kakovostno, učinkovito in celostno individualno obravnavo v zdravstveni negi in osebno varnost vsakega pacienta (Maček, 2011, str. 9).

Pravica do dostojanstva, enakosti in humanosti so univerzalne pravice, ki jih mora medicinska sestra pri svojem delu zagovarjati (Jackson, Irwin, 2011; Lachman, 2012), vendar pa Lešnik (2010, str. 82) ugotavlja, da se pacientove pravice kljub temu kršijo na mnogih področjih. Ferkulj (2011, str. 101) je z rezultati raziskave na področju pacientovih pravic do zasebnosti v zdravstveni obravnavi prikazala, da zaposleni v zdravstveni negi delno poznajo pacientove pravice do zasebnosti in da le-te niso spoštovane, kot jih opredeljuje Zakon o pacientovih pravicah. Prenatrpanost bolniških sob, pomanjkanje zaves, s katerimi bi zagotovili intimnost pri negi, pomanjkanje časa in kadra ter vizite so po mnenju zdravstvenega kadra eni izmed najpogostejše izpostavljenih vzrokov, zaradi katerih prihaja do kršenja pravic do zasebnosti.

Woogara (2005 povz. po Velepich, 2011, str. 23) meni, da sta telesna zasebnost bolnika in dostojanstvo kršena že ob vdoru v njegovo intimno okolje in prostor (razprostiranje zaščitnih zaves pri opravljanju intimne nege ali sedenje bolnika na sobnem stranišču), posedanje na njegovi bolniški postelji, uporabi njegovih pripomočkov za osebno higieno za druge bolnike, pri neupoštevanju njegovih odločitev glede spremembe lege v bolniško posteljo in glede njegovih sosedov. Do kršitve zasebnosti prihaja tudi med

zdravniškimi in negovalnimi vizitami, prav tako pa se v intimno okolje bolnika posega z uporabo zanj neprimernih pižam, preklanih srajc, s puščanjem urinskih posod ali nočnih posod ob bolniku v času obrokov.

Ob neposrednem poseganju v intimo pacienta se pacienti lahko tudi različno odzovejo, oziroma to tudi različno doživljajo. Skubic in Zidarič Stanek (2010, str. 6) izpostavita, da lahko ženska doživlja sram in strah kot posledico rutinskih posegov in vdora v osebni intimni prostor. Inoue, Chapman in Wynaden (2006, str. 560) prav tako izpostavijo, da se je pri ženskah, ki so bile izpostavljene fizičnemu in/ali intimnemu dotiku genitalij ali prsi s strani zdravstvenih delavcev moškega spola, povečala raven stresa. O'Lynn in Krautscheid (2011, str. 24) v svoji raziskavi ugotavljata, da pacienti želijo prispevati k odločitvi o tem, ali je intimen dotik potreben ali ne. V primeru potrebe po intimnem dotiku oziroma izvajanju intimne nege želijo imeti pacienti vse informacije o samem postopku. Pri tem sta izpostavila štiri teme, ki so pacientom ključne: komunikacija, možnost izbire, spol zdravstvenega osebja, profesionalen dotik. Woogara (2005, str. 276) pa konkretno izpostavi zavedanja pacientov, da v zdravstvenih ustanovah ni zasebnosti. Pacienti so izpostavili, da so lahko slišali tudi najbolj intimne podatke o drugih pacientih in da jim je bilo ob tem neprijetno.

Potreba po zasebnosti v »intimnih« situacijah, potreba po zakrivanju telesa ali delov telesa in higiena se nanašajo na spoštovanje splošnih norm o človekovem telesu v določeni družbi. Odvzem obleke, slačenje v javnosti – zanikanje pravice do obleke, izpostavljanje intimnih delov telesa pogledom drugih, verbalno ali neverbalno namigovanje na spremenjeno telesno podobo, človeka razosebi in poniža (Šmitek, 2006, str. 26).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 ODGOVORNOST MEDICINSKE SESTRE

Slovar slovenskega knjižnega jezika odgovornost definira kot »dolžnost sprejeti sankcije, dati opravičilo«, kot »nalogo ali obveznost,« kot »odnos, pri katerem mora kdo dajati pojasnilo, utemeljitev za svoje delo, ravnanje«, ali kot »lastnost, značilnost tega, kar zaradi pomembnosti, posledic zahteva veliko znanje, skrbnost« (Rebolj, 2012, str. 5).

Odgovornost je v zdravstveni negi opredeljena kot etična vrednota (Shahriari et al., 2013, str. 10), sam pojem pa lahko razdelimo na bolj osebni vidik – biti odgovoren – in na pravni vidik – imeti odgovornost. Biti odgovoren pomeni zavedati se, kaj se dogaja, biti pripravljen ukvarjati se s tem vprašanjem in delati, da dosežeš izboljšanje stanja v družbi. Imeti odgovornost pa pomeni odgovarjati nekemu ali za nekaj določenega, kar je navadno opredeljeno s pogodbo (Tschudin, 2004a, str. 78).

V angleščini razlikujemo med pojmom biti odgovoren do ljudi in organizacije in biti odgovoren zanje. Medicinske sestre so odgovorne do bolnikov, razen takrat, ko slednji ne morejo odločati o sebi zaradi starosti (na primer otroci), ali ko so nezavestni ali pravilno nesposobni. Takrat so medicinske sestre odgovorne za bolnike, ostanejo pa še vedno odgovorne do njihovih skrbnikov ali varuhov. Ob tem je medicinska sestra kot posameznica in kot članica zdravstvenega tima, odgovorna zase in za svoja dejanja, svojo vest, prepričanja in vrednote (Tschudin, 2004b, str. 1).

V multidisciplinarno obravnavo pacientov vstopajo različni zdravstveni delavci, ki imajo različna znanja, tehnične sposobnosti in perspektive in ravno zato ima vsak član zdravstvenega tima svoje odgovornosti, vrednote, znanje, sposobnosti in cilje pri oskrbi pacienta, ki jih mora uskladiti s svojo vlogo v timu pri skupnem sprejemanju odločitev (Kopčavar – Guček, 2003, str. 50). V Republiki Sloveniji je medicinska sestra nosilka zdravstvene nege in oskrbe ter samostojna strokovnjakinja v negovalnem timu in članica zdravstvenega tima, v katerem z drugimi strokovnjaki sodeluje v zdravstveni obravnavi pacienta. Osrednji namen delovanja medicinske sestre je pacient, osrednja

vrednota pa skrb za sočloveka (Maze, Plank, 2012, str. 15). Skrb je neločljivo povezana z odgovornostjo, odgovornost pa z moralo (Šmitek, 2004, str. 28).

Čeprav so za kakovost zdravstvene obravnave pacientov odgovorni vsi, je ta odgovornost različno porazdeljena. Odgovornost pomeni odgovarjati za lastno delovanje, obnašanje in zadolžitve. Izvajanje zadolžitve pa se mora oceniti. Šele po jasnem razumevanju, kakšne zadolžitve imamo in po oceni, kako jih izvajamo, sledijo posledice, pozitivne ali negativne (Robida, 2010, str. 53).

Obseg in vsebina odgovornosti sta različni. Najširša vrsta odgovornosti je osebna moralna odgovornost, ki se odslkava v odgovornosti vsakega posameznika in v njegovi lastni oceni svojega ravnanje kot dobrega ali zlega. Poklicno – deontološka odgovornost se navezuje na pravila stroke, zajeta v poklicnem deontološkem kodeksu. Ta vrsta odgovornosti prav tako postavlja visoka merila za izpolnjevanje poklicnih dolžnosti in pozna svoje lastne sankcije za kršitve teh dolžnosti. V hierarhiji odgovornosti so tudi različne pravne odgovornosti: v ta okvir sodi disciplinska odgovornost, odgovornost za povzročeno škodo in kazenska odgovornost za izvršeno kaznivo dejanje (Šelih, 1997 povz. po Terseglav, 2011, str. 5).

S tem, ko je medicinska sestra kot posameznik in kot član zdravstvenega osebja na prvem mestu odgovorna zase in za svoja dejanja, svojo vest, prepričanja in vrednote, je v prvi vrsti predvsem etično odgovorna, kar hkrati pojasnjuje tudi ozadje strokovne odgovornosti. Etično odgovornost je potrebno spoštovati, saj govori o tem, kako izvajamo zdravstveno nego in oskrbo ter celo o tem, zakaj sploh opravljamo to delo. Pravna odgovornost je mnogo bolj neposredna, saj se morajo vsi zaposleni v zdravstvu ravnati v skladu z zakoni ter poznati temelje zakonodaje na svojem področju. Temelj strokovnega dela pa je vedno istočasno stremeti k etični, strokovni in pravni odgovornosti na različnih ravneh (Tschudin, 2004b, str. 1).

2.1.1 Etična odgovornost

Etika je filozofska disciplina, ki se ukvarja s tematiko človeškega hotenja in ravnanja z vidika dobrega in zlega, moralnega in nemoralnega. Beseda "etika" je grškega izvora in jo je kot oznako za filozofsko disciplino uvedel Aristotel. Kot disciplina raziskuje

temeljne kriterije moralnega vrednotenja in je skupek moralnih principov (Maček, 2011, str. 5).

V dinamični soodvisnosti med bolnikom, medicinsko sestro in družbo so se oblikovala etična načela, ki so narekovala vedenjske norme medicinskih sester do pacienta, v medsebojnih razmerjih in do družbe. Poznavanje ter hkrati upoštevanje etičnih načel pri delu z ljudmi oblikuje profesionalno etiko medicinskih sester (Fošnarič, 2010, str. 4).

Etična odgovornost medicinske sestre je zajeta v oblikovanem poklicnem kodeksu, nacionalni zakonodaji ter deklaraciji svetovne zdravstvene organizacije. Medicinska sestra je pri svojem delu osebno odgovorna in odgovorna za vzdrževanje ustreznega znanja z rednim učenjem. Prvenstveno je odgovorna za etično izvajanje zdravstvene nege oziroma izvajanje zdravstvene nege po vesti in etičnih normah, ki so vzpostavljene v državi (Černoga, 2009, str. 224).

Etično ravnanje in etično odločanje je odvisno od etične drže posameznika, njegovega znanja, možnosti izbire in moči avtoritete. Za dosego etične odločitve in njeno uresničitev vsaka medicinska sestra uporablja lastno poznavanje etičnih vrednot, svoje življenjske izkušnje, spoznavanje sposobnosti, moralno sposobnost in osebno moralno motiviranost (Fošnarič, 2010, str. 14). Prepoznavanje in reševanje etičnih problemov zahteva občutljivost, intelektualno radovednost in predanost. Če je o posamezni situaciji medicinska sestra v dvomih, se mora o tem pogovoriti s svojimi sodelavci. Z razpravami, razumevanjem vrednot in pregledom primerov situacij, se lahko medicinske sestre pripravijo na etično ravnanje (Practice Standards, 2009, str. 4).

Spoznavati in ločiti moramo pravilno od nepravilnega v situacijah, ki nam niso jasne. V ta namen mora medicinska sestra poznati etične principe, etične sisteme ali etične teorije ali imeti oblikovane svoje osebne vrednote. Vsak ima svoj osebni sistem vrednot, ki je nastal pod vplivom kulturnega okolja, verskega in političnega prepričanja, izobrazbe, življenjskih izkušenj in podobno. Poleg osebnega vrednostnega sistema ima medicinska sestra tudi poklicni vrednostni sistem, ki vključuje poklicne vrednote. Medicinske sestre morajo ne samo poznati etična načela, temveč tudi ravnati etično v vseh stanjih in ob vsakem času (Horjak, 2008, str. 33).

Etična odgovornost se v glavnem nanaša na pripravljenost z občutkom nuditi skrb, zavedajoč se odnosa med seboj in pacientom, in na spoštovanje drugih ljudi (Tschudin, 2004a, str. 132). Zdravstvena nega je edinstvena praksa v etiki zaradi odnosa, ki na osnovi profesionalne skrbi poteka med medicinsko sestro in pacientom. Medsebojni odnos mora vključevati vse etične sestavine, da je zadovoljujoč za pacienta. Medsebojni odnos, ki je zaznamovan s skrbjo, se začne z ugotavljanjem ranljivosti in odvisnosti pacienta in vključuje empatijo ali razumevanje pacienta v njegovi situaciji na način, kot jo sam doživlja. Nadaljuje se v okviru odgovornosti, ki jo razumemo kot odzivnost na zaznano odvisnost in samoiniciativno prevzemanje skrbi za razreševanje problemov in zadovoljevanje potreb, ki izhajajo iz pacientove odvisnosti (Železnik, 2010, str. 19).

2.1.2 Profesionalna odgovornost

Biti član posamezne stroke prinaša s tem spoštovanje in zaupanje javnosti. Tako imajo tudi medicinske sestre dolžnost ohranjati to spoštovanje in zaupanje z upoštevanjem standardov stroke (Practice standards, 2009, str. 11).

Irene Heywood Jones (1999 cit. po Tschudin, 2004a, str. 131) pravi, da strokovna odgovornost v zdravstveni negi »pomeni, da bodo medicinske sestre sprejele odgovornost za dejanja, ki jih opravijo z namenom, da bi nudile skrb«. Medicinska sestra mora biti za samostojno opravljanje poklica v zdravstveni dejavnosti vpisana v register, imeti mora veljavno licenco, ki se podeli za dobo sedmih let. V primeru večjih strokovnih napak je možen odvzem licence (Černoga, 2009, str. 223).

Medicinska sestra je profesionalno odgovorna:

- javnosti in pacientu;
- stroki oziroma profesiji s tem, da določijo zahteve za pridobivanje licence, vključevanja v različna združenja;
- sebi z delom v skladu z zahtevami stroke in s svojimi zmožnostmi. Na ta način prepreči možna tveganja pri delu (utrujenost, bolezen, alkohol, droge, prevzemanje dela, ki presegajo njihove sposobnosti in znanja);
- delodajalcu s tem, da delo opravlja kakovostno in varno (Hood, Kun Leddy, 2006 povz. po Maze, Plank 2012, str. 31).

Profesionalna odgovornost se nanaša na avtonomno delovanje na osnovi lastnega znanja in presoje, s tem da imajo s strani drugih priznana pravico za delovanje (Maze, Plank 2012, str. 30). Medicinske sestre morajo za profesionalno opravljanje poklica razviti visoko stopnjo etičnega zavedanja (Mlinšek, 2012, str. 20), profesionalna etika pa predstavlja v zdravstvu in zdravstveni negi temeljno načelo delovanja (Klemenc, 2004, str. 292). Strokovna odgovornost izhaja iz osebne odgovornosti in na njej tudi temelji, vendar ti dve odgovornosti ne gresta vedno skupaj. Osebna odgovornost je širši pojem. Posameznik se je sposoben odločiti in v danih okoliščinah izbrati dejanje. Strokovna odgovornost pa pomeni, da to dejanje ali odločitev lahko strokovno zagovarjamo. Da je nekdo profesionalno odgovoren, mora torej biti tako osebno, kot tudi strokovno odgovoren. Vsaka odgovornost ne zahteva strokovne odgovornosti, toda prav strokovna odgovornost »je bistvena značilnost profesionalizma« (Heywood Jones, 1999 cit. po Tschudin, 2004a, str. 132).

Glavni identifikacijski dejavnik zdravstvenih delavcev v njihovem poklicu je njihova poklicna pripravljenost, da se popolnoma uskladijo z etičnim in profesionalnim standardom stroke, ki je opredeljen v Kodeksu etike (Sasso et al., 2008, str. 821). Zaradi delovanja na področju človekovega zdravja in življenja so medicinske sestre in drugi zdravstveni delavci vselej podvrženi natančni kritični presoji drugih ljudi. Poznavanje in upoštevanje etičnih načel pri delu z ljudmi oblikuje profesionalno etiko medicinskih sester, pri čemer so etična načela in standardi vodilo pri poklicnem odločanju (Brodarič, 2013, str. 16).

2.2 ZASEBNOST IN INTIMNOST V KODEKSU ETIKE MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE

Etične kodekse sprejemajo poklicna združenja ter s tem pozivajo člane k njihovem spoštovanju. Društva podeljujejo licence ter na ta način regulirajo prakso znotraj profesije in branijo njen ugled. Društva ščitijo družbo pred poklicnimi zlorabami. Kodeksi regulirajo razmerje med praktikom in njegovo stranko ter ščitijo kliente pred zlorabami praktikov in praktike pred raznimi pritiski, napeljevanju k nepravilnemu delovanju in poklicnimi zlorabami (Korošec, 2008; Terseglav, 2011).

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije zajema specifične profesionalne vrednote, ki so svojstvene za zdravstveno nego, načela, ki so skupna zdravstvenim delavcem in izvirajo iz Hipokratove dobe ter človekove pravice, ki so izhodišče vsega ravnanja v humani zdravstveni obravnavi. Komponente Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije so združene v štirih sklopih in devetih etičnih načelih, ki določajo standarde ravnanja (Černoga, 2009, str. 225).

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2005) je namenjen vsem medicinskim sestram in njihovim sodelavcem v negovalnem timu in je podlaga za etično presojo njihovega dela. S svojim delom medicinska sestra nudi pacientu fizično, psihično, socialno, duhovno in moralno podporo ter je zagovornica njegovih koristi.

Najpogostejša etična načela, ki vodijo profesionalno vedenje v zdravstveni negi, so:

- dobronamernost, korist (omiliti trpljenje, večja skrb za zdravje),
- pravičnost (dostopnost do storitev),
- avtonomija (svobodna izbira, informiranost),
- resnicoljubnost (dolžnost izvedeti resnico),
- zvestoba (zaupanje medicinske sestre in bolnika) (Brodarič, 2013, str. 17).

V Kodeksu etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije so za medicinske sestre in zdravstvene tehnike zastavljeni standardi etičnega vedenja in obnašanja. Upoštevanje določb Kodeksa medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije je obvezno za vsako medicinsko sestro in druge člane negovalnega tima. V primeru neupoštevanja in nespoštovanja zapisanih načel, gre za kršitev. Krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja ter lajšanje trpljenja so v kodeksu etike zapisani kot temeljne naloge vsake medicinske sestre (Černoga, 2009; Fošnarič, 2010; Maček, 2011; Maze, Plank, 2012; Mlinšek, 2012).

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije se navezuje na *Mednarodni kodeks etike medicinskih sester* in na *Kodeks za medicinske sestre*; dokumenta, ki ju je sprejelo Mednarodno združenje medicinskih sester, prvega leta 1965, drugega pa leta 1973. Ta dva dokumenta sta bila sprejeta, ker se je pojavila potreba, da se moralno etičnim načelom medicinskih sester nameni bistveno večja

pozornost, saj sta postali oskrba in zdravljenje pacientov iz dneva v dan bolj odvisni od medicinskih sester (Dolenc, 1993 povz. po Šabjan, 2011 str. 54).

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije usmerja dejavnost medicinske sestre v praksi ter pomaga pri oblikovanju lastnih stališč in vrednot, še posebej pri soočanju z etičnimi dilemami. Kaj je najbolje, da stori? Katera odločitev je najboljša? Kakšne posledice bodo sledile posamezni odločitvi ali dejanju? Kako zagotoviti humanost v zdravstveni negi? Kako zagotoviti pacientu ustrezno obravnavo? Za ustrezne odgovore na taka in podobna vprašanja je potrebno dobro strokovno znanje ter močna poklicna etika. Poleg tega so etični kodeksi tudi vodilo pri organizaciji in dejavnostih za zaščito pravic varovanca, kakovostno zdravstveno nego ter urejanje korektnih odnosov znotraj zdravstvenega zavoda in v družbi (Grbec, 2004, str. 84).

2.2.1 Načelo III

Kodeks etike medicinskih in zdravstvenih tehnikov Slovenije (2005) določa, da je vsaka medicinska sestra dolžna varovati podatke o zdravstvenem stanju pacienta, kot tudi poklicno skrivnost, kot tudi spoštovati dostojanstvo in zasebnost pacienta v vseh stanjih zdravja, bolezni in ob umiranju.

Po standardih načela III se za poklicno skrivnost šteje vse, kar medicinska sestra izve o pacientu oziroma vse, kar se navezuje na zdravstveno nego pacienta, ugotavljanje bolezni, zdravljenje, spremljanje zdravstvenega stanja, rehabilitacija ter prav tako pacientove osebne družinske in socialne razmere. V kolikor se pacient tako odloči, mora medicinska sestra varovati poklicno skrivnost pred družinskimi člani pacienta ali zanj pomembnimi drugimi osebami. Poklicne skrivnosti lahko medicinsko sestro razreši zgolj pacient sam ali sodišče, pri mladoletnih osebah pa starši oziroma skrbniki. Za zaupnost pacientovih podatkov je zdravstveni zavod dolžan vzpostaviti ustrezen način vodenja dokumentacije in informacijskega sistema, ki zahtevano zaupnost omogoča (Kodeks etike, 2005).

Načelo varovanja poklicne skrivnosti je eno najosnovnejših dolžnosti vsega osebja, ki je zaposleno v zdravstvu in bi ga morali spoštovati prav vsi, da bi resnično vedno lahko zagotovili popolno varovanje poklicne skrivnosti. Poklicna skrivnost ni časovno

omejena in jo je potrebno spoštovati tudi po bolnikovi smrti (Korošec, 2008, str. 15 - 16). Bistvo poslovne skrivnosti je, da se zanjo izve pri opravljanju poklica pri zdravstvenem delavcu, torej pri pregledu na podlagi razgovora s pacientom, ali pa so ta dejstva razvidna iz dokumentacije. Če zdravstveni delavec za skrivnost v zvezi s pacientom izve zasebno ali po naključju, ne gre za poklicno skrivnost in ga načela kodeksa ne vežejo (Ferkulj, 2011, str. 34).

2.2.2 Načelo IV

Po standardih načela IV mora medicinska sestra spoštovati pravico pacienta do zasebnosti, še posebej, ko gre za njegovo intimnost, upanje, strah, trpljenje ter bolečino (Kodeks etike, 2005).

Medicinska sestra se pri svojem delu sooča z različnimi situacijami, povezanimi z zdravstvenim stanjem posameznika. Pri tem vstopa v svet posameznika tudi na njegova zelo intimna področja, pa naj gre za telesno, psihično, socialno, duhovno ali kakšno drugo okolje (Klemenc, 2004, str. 287).

2.3 PRAVICE PACIENTOV Z VIDIKA ZASEBNOSTI IN INTIMNOSTI

Temelji spoštovanja pacientovih pravic so zapisani v Deklaraciji o promociji pravic pacientov Svetovne zdravstvene organizacije ter evropskih smernicah za zdravstvene delavce o zaupnosti in zasebnosti v zdravstvu. Deklaracija o promociji pravic pacientov govori o dveh vrstah pacientovih pravic:

- splošne pravice pacientov, ki zagotavljajo določeno raven zdravstvenega varstva v družbi in dostopnosti do zdravstvenih storitev in so odvisne od razvitosti družbe in zmogljivosti njenega zdravstvenega sistema;
- individualne pravice pacientov, ki so povezane s temeljnimi človekovimi pravicami in pravicami, ki jih ima posameznik kot potrošnik. Za individualne pravice bi lahko rekli, da odražajo pacientovo sodelovanje in položaj v procesu zagotavljanja zdravstvenega varstva (Dovjak-Plešej, Dolčič 1998 povz. po Lešnik, 2010, str. 7).

Zavedanje o pravicah je postalo pomembno, ker so bili odnosi med medicinsko sestro in bolnikom, zdravnikom in bolnikom, institucijo in bolnikom, med državo in posameznikom prevečkrat zlorabljeni v imenu zaščite bolnika (Tschudin, 2004a, str. 77).

Zdravstvena nega se pogosto izvaja pod pritiskom pomanjkanja časa in ob nezadostnih podatkih o dejanskem stanju pacienta. Prav tako je lahko oprema za izvajanje zdravstvene nege pomanjkljiva in pogosto zastarela. Veliko strokovnih napak ostane prikritih in brez možnosti, da bi se lahko preprečilo ponovno strokovno napako, saj se medicinske sestre bojijo izpostavljenosti in strokovnih napak velikokrat ne prijavijo (Brodarič, 2013, str. 18). Bolnikove pravice lahko krši zdravstveno osebje, ki je vezano s kodeksi etike, načeli stroke ter z zakoni. Večinoma se človekove pravice pokrivajo s pravicami bolnikov, saj so bolniki le ljudje v določenem obdobju, ko potrebujejo zdravstveno pomoč (Medoš, 2004, str. 313).

Pacient ima v primeru kršenja njegovih pravic zakonsko možnost pritožbe in tožbe na pristojnem sodišču, če sumi, da je v procesu zdravljenja ali zdravstvene nege bila povzročena zdravstvena, moralna ali materialna škoda zaradi strokovne napake, zmote ali zapleta v procesu zdravljenja in zdravstvene nege (Žezlina, 2004, str. 14).

2.3.1 Zakon o pacientovih pravicah

Po Zakonu o pacientovih pravicah (2008):

- se pri uresničevanju pravic pacientov, poleg drugih načel, upošteva spoštovanje vsakogar kot človeka in spoštovanje njegovih moralnih, kulturnih, verskih, filozofskih in drugih osebnih prepričanj, spoštovanje telesne, duševne celovitosti in varnosti ter spoštovanje zasebnosti (3. člen),
- ima pacient pravico do zasebnosti in intimnosti pri opravljanju zdravstvene storitve. Pacientu se omogoči, da so pri zdravstveni oskrbi navzoči tisti, ki opravljajo zdravstveno oskrbo oziroma tiste osebe, za katere pacient sam želi, da so prisotne, če je to glede na naravo zdravstvene oskrbe izvedljivo. Prav tako so lahko prisotne druge osebe, če tako določa zakon. Pacient ima pravico zahtevati izvedbo drugih primernih in razumnih ukrepov za varstvo njegove zasebnosti pri zdravstveni oskrbi (43. člen),

- ima pacient pravico do zaupnosti osebnih podatkov, s katerimi morajo zdravstveni delavci ravnati v skladu z načelom zaupnosti in predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov (44. člen).

Zakon o pacientovih pravicah se zavzema oziroma zapoveduje dosledno spoštovanje pacientovih pravic, njegove zasebnosti in intimnosti, dostojanstva in avtonomije v procesu zdravstvene obravnave. Predstavlja korak naprej v medsebojnih odnosih pacient – zdravstveni delavec (Lešnik, 2010, str. 2).

2.3.2 Pravica do zasebnosti

Svojih pravic in posegov v svojo zasebnost se vse bolj zavedamo. Zasebnost je zelo sporen pojem, saj je omejena s pravicami drugih in s pravico do zasebnosti drugih (Ferkulj, 2011, str. 1).

Pojem zasebnosti je že sam po sebi vsebovan v ustavnih pravicah in svoboščinah, zato ga Ustava Republike Slovenije ni izrecno opredelila. Pravica do zasebnosti je osebnostna pravica in pripada človeku kot takemu, ne glede na njegove telesne in duševne značilnosti. Poseganje v zasebnost je dovoljena zgolj na podlagi ustavnih določb ter pod pogojem sorazmernosti (Šparovec, 2009).

Zasebnost je predmet 8. člena Evropske konvencije o človekovih pravicah in temeljnih svoboščinah, ki določa, da ima vsakdo pravico do spoštovanja zasebnega in družinskega življenja. Pacient lahko zahteva izvedbo vseh primarnih in razumnih ukrepov za varstvo njegove zasebnosti (npr. prepove, da so pri medicinskem posegu prisotne osebe, ki posega ne opravljajo; da ga v čakalnici ne kličejo z osebnim imenom; da se zdravstveno osebje o občutljivih zadevah pogovarja tako, da drugi pacienti pogovora ne slišijo) (Kraljič, 2009 povz. po Lešnik, 2010, str. 24).

Vse zasebne podatke mora medicinska sestra varovati kot poklicno skrivnost. K temu jo namreč zavezuje Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Zakon o zdravstveni dejavnosti, Zakon o pacientovih pravicah ter Kazenski zakonik (Brodarič, 2013. Str. 18).

2.4 ZASEBNOST IN INTIMNOST V ZDRAVSTVENI NEGI

Potreba po zagotavljanju zasebnosti s strani medicinskih sester se v večini zdravstvenih priročnikov omenja kot minimalno razkazovanje pacientovega telesa in obvezno zastiranje zaves pri opravljanju pregleda, oziroma intimne nege (O'Lynn, Krautscheid, 2011, str. 30).

Sodobne perspektive v zdravstveni negi menijo, da je ustrezen odnos med medicinsko sestro in pacientom pomemben za zdravje, dobro počutje in okrevanje pacienta. Vse to pa naj bi bilo povezano s stopnjo intimnosti med medicinskimi sestrami in pacienti (Stavropoulou et al., 2012, str. 479).

Zasebnost na področju zdravstva je zelo široka in sega od pojasnilne dolžnosti zdravstvenega delavca prek pacientove informirane privolitve, pa vse do varstva osebnih podatkov. Z vstopom pacienta v zdravstveno ustanovo mora vsak pacient delno privoliti v poseg v svojo zasebnost. V nasprotnem primeru začetek zdravljenja sploh ne bi bil mogoč, kar pa ne pomeni, da mora pacient privoliti v vsak poseg in za vsako ceno (Ferkulj, 2011, str. 1).

Zasebnost lahko v veliki meri razlikujemo v dveh oblikah: zasebnost osebnosti in informacijska zasebnost. Informacijska zasebnost pomeni, da so brez pacientovega dovoljenja njegovi podatki nedostopni vsem nepooblaščenim osebam. Zasebnost osebnosti pa označuje občutek identitete, dostojanstvo, samostojnost in osebni prostor oziroma občutek za mejo med "jaz", "meni", "moj" ter drugimi ljudmi oziroma "svetom" (Woogara, 2005, str. 274).

Čebulj (1990 povz. po Ferkulj, 2011, str. 7) pa bolj natančno opredeli štiri vrste zasebnosti:

- zasebnost v prostoru, ki se nanaša na posameznika, da ima možnost biti sam, ločen od fizične prisotnosti drugih ljudi,
- zasebnost osebnosti, ki pomeni svobodo misli, prepričanja in izražanja le-teh,
- informacijska zasebnost, ki z uporabo informacijskih tehnologij postaja vedno pomembnejša. Informacijska zasebnost izhaja iz želje posameznika, da zadrži informacije o sebi, kadar hoče, da bi bili z njimi seznanjeni drugi,

- zaščita podatkov, ki obsega varstvo osebnih podatkov in zavarovanje.

Negovalni posegi segajo pogosto v intimne dele pacientovega telesa, kar zahteva od zdravstvenega osebja več kot le strokovno kompetenco. Vsak poseg v pacientovo intimnost je tudi poseg v njegovo identiteto, kar pomeni, da je ogrožena pacientova identiteta. Intimna območja so tudi kulturno tabuizirana in zavarovana pred komunikacijskimi posegi – o intimnih območjih se ne govori. Zdravstveno osebje mora tako poleg ustvarjenega zaupanja izkazovati tudi spoštovanje in empatijo do pacientovega položaja (Ule, 2010, str. 23).

Med intimne dele pacientovega telesa vključujemo predvsem prsi, genitalije in danko, medtem ko nekateri pripadniki drugih kultur lahko tretirajo kot intimne tudi druge dele telesa. Vsekakor je pregled intimnih delov telesa lahko neprijeten in stresen za pacienta, pri čemer se mora medicinsko osebje prilagoditi tako veroizpovedi, kot tudi zahtevam posameznega pacienta. V nasprotnem primeru lahko premalo razumevanja s strani medicinskega osebja privede do zmede in slabe komunikacije pri sami zdravstveni negi (Good Practice Guidelines, 2011, str. 4).

2.4.1 Intimnost v zdravstveni negi

Medicinske sestre se dnevno soočajo z bolnimi, invalidnimi ali slabotnimi pacienti. Zagotoviti jim morajo delovanje vitalnih funkcij in poskrbeti, da so izpolnjene njihove osnovne potrebe. Pri tem paciente oblačijo, slačijo, jih umivajo in nudijo pomoč pri postopku zdravljenja (Picco, Santoro, Garrino, 2010, str. 39). Medicinska sestra ima tako prost dostop do pacientovega telesa in na njem izvaja različne postopke, kar lahko povzroči nelagodje in različne reakcije glede na deformiranost pacientovega telesa ali posledic bolezni (Holmes, Perron, O'Bryne, 2006 povz. po Picco et al., 2010, str. 40).

Izvajanje in zagotavljanje intimne nege zahteva specializirano znanje ter izkušnje, saj se izkušene medicinske sestre zavedajo, da ustrezno zagotavljanje intimne nege daje pacientom občutek varnosti in lagodja v času zdravljenja. Izvajanje intimne nege ter zagotavljanje intimnosti sta osredotočena na to, kako medicinske sestre vrednotijo intimnost in kako se tega strokovnega znanja naučijo v daljšem časovnem obdobju (Stavropoulou et al., 2012, str. 481).

Intimna nega je ena od komponent zdravstvene nege in je definirana kot nega, ki vključuje psihično, čustveno in/ali fizično bližino (Timmerman, 1991; James, 1992; Mattiasson, Hemberg, 1998; Williams, 2001 povz. po Inoue et al., 2006, str. 560).

Čustvena in psihološka dimenzija imata pomemben vpliv na pacientovo stanje v času zdravljenja (Timmerman, 1991; Kadner, 1994 povz. po Stavropoulou et al., 2012, str. 482), fizična dimenzija pa zahteva tesne stike, kar se nanaša na dotik (prav tam). Z dotikom se pregleduje tiste dele telesa, katerih razkritje lahko povzroči sramoto tako pacientu, kot medicinski sestri (Harding et al., 2008 povz. po O' Lynn, Krautscheid, 2011, str. 24). O'Lynn in Kreutscheid (2011) dodajata, da občutek nelagodja, tesnobo ali strah povzroči predvsem intimen dotik genitalij, zadnjice, presredka, notranjega dela stegen, spodnjega dela trebuha in prsi.

Zaupanje, spoštovanje, empatija in moč pa so prav tako pomembne komponente pri izvajanju in zagotavljanju intimnosti. Ne glede na vlogo medicinske sestre pri izvajanju zdravstvene nege, so te komponente vedno prisotne. Zaradi ranljivega položaja pacienta je zaupanje med medicinsko sestro in pacientom ključno. S spoštovanjem priznavamo dostojanstvo, vrednost in enkratnost vsakega posameznika. Primarno spoštujemo posameznika ne glede na njegov socialni in ekonomski položaj, osebnostne lastnosti ali vrsto zdravstvenih težav. Z empatijo smo zmožni razumeti pacientovo situacijo, perspektivo in občutke. Za komponento moči pa lahko rečemo, da v odnosu med pacientom in medicinsko sestro ni enakovredna, saj imajo medicinske sestre specializirano znanje ter dostop do privilegiranih informacij v sistemu zdravstvenega varstva ter s tem večjo moč kot pacient (Campell, Gordon, 2003 povz. po Stavropoulou et al., 2012, str. 482 - 483). Ob upoštevanju vseh komponent skupaj lahko medicinska sestra zagotovi kvalitetno zdravstveno nego pacienta ter s tem tudi intimnost (prav tam, str. 483).

Pri izvajanju intimne nege je pomembno razmisliti tudi o spolu zdravstvenega delavca. Pri pacientu se lahko pojavi nelagodje ali neprijeten občutek pred nasprotnim spolom, glede na pogoje ali situacijo, v kateri je pacient (Chur – Hansen, 2002, str. 192). Prav situacija sama je pomembna determinanta pri želji po zdravstvenem osebju istega spola

v primeru intimne zdravstvene nege. Zgolj če zdravstveno stanje pacienta ne zahteva čustveno invazivnega posega, se pacienti ne ozirajo na spol (prav tam, str. 198).

Chan, Chan in Tse (2013, str. 1) povzemajo nekatere ključne ugotovitve, ki se navezujejo na moški spol v zdravstveni negi. Moški naj bi bili boljši od žensk v izvajanju vodilnih vlog, pri izvajanju fizičnega dela in obvladovanju bolj agresivnih in razdražljivih pacientov in naj bi bili tudi bolj tehnično usposobljeni. Njihova raziskava pa je pokazala, da imajo ženske pacientke pri izvajanju zdravstvene nege raje medicinske sestre, zdravstveni tehniki pa so se zavedali, da lahko njihove dotike pacientke narobe interpretirajo in so se izogibali biti sami z ženskimi pacientkami (prav tam, str. 7).

V nasprotju s tem pa sta O' Lynn in Krautscheid (2011, str. 30) v svoji raziskavi prišla do spoznanja, da se pacienti malo ozirajo na spol, če je le zdravstveno osebje dovolj profesionalno izvedlo svoje delo. Pacienti so se bolj kot na spol ozirali na to, ali so dali soglasje intimnemu dotikanju oziroma pregledu (razen v nujnih primerih ali nezmožnosti dati soglasje). To se bolj nanaša na to, da so se raje oblekli, slekli ali umili sami, če so bili za to sposobni. Pacienti so bili jezni, če so medicinske sestre menile, da niso sposobni sami izvesti osebne nege. Prav tako so od medicinskih sester pričakovali, da jim razložijo, kako se bo intima nega izvajala, če bo to potrebno, zakaj je potrebna in kaj vse bo zajemala. Pričakovali so odkrito komunikacijo in profesionalen odnos. Pri izvajanju intimnih dotikov pa so pacienti izjavili, da si ne želijo grobih, dolgotrajnih in oklevajočih dotikov (prav tam, str. 29 – 30). Ne glede na vse bi morali pri intimni negi, ki je povezana s telesnimi funkcijami in osebno higieno ter zahteva posreden ali neposreden stik z intimnimi deli telesa ali izpostavljenost le-teh, medicinsko osebje upoštevati naslednja načela:

- razložiti pacientu, zakaj je pregled potreben in mu dati priložnost, da postavi vprašanja,
- razložiti pacientu celoten postopek preiskave oziroma pregled na način, da pacient v celoti razume, kaj lahko pri pregledu pričakuje, vključno z možno bolečino in nelagodjem,
- pred pregledom oziroma postopkom je vedno potrebno pridobiti dovoljenje pacienta. Prav tako se mora sam postopek prekiniti, če pacient to sam zahteva,

- pacientova privolitev oziroma odobritev postopka/pregleda mora biti zabeležena,
- če pacient ne da soglasja oziroma ne privoli v pregled/postopek, je vedno potrebno spoštovati njegovo odločitev,
- če je pri pregledu prisoten spremljevalec, je to potrebno tudi zabeležiti. V primeru, da spremljevalec ne sme biti prisoten, moramo pacientu navesti upravičene razloge za to ter ga o tem tudi obvestiti,
- pri slačenju ali oblačenju moramo pacientu vedno zagotoviti zasebnost z uporabo zaves ter ohranjati njegovo dostojanstvo,
- pacientu pomagamo pri slačenju in oblačenju zgolj, če pacient prosi sam za pomoč,
- odkriti smejo biti zgolj tisti deli pacientovega telesa, ki so nujni za pregled oziroma postopek. Redko je potrebno, da je pacient v celoti nag, razen pri kopanju oziroma tuširanju,
- med samim pregledom/postopkom intimne nege se mora medicinsko osebje ustrezno pogovarjati ter se izogibati nepotrebnim osebnim komentarjem ali pogovorom z drugimi člani osebja,
- po končanem pregledu/postopku ponovno zagotovimo zasebnost pacienta ter mu ponudimo odgovore na morebitna vprašanja, ki se nanašajo na sam pregled (Good Practice Guidelines 2011, str. 5-6).

Odstopanja pri aktivnostih zdravstvene nege lahko razdelimo na tiste, ki nastanejo zaradi osebnih psihofizičnih lastnosti medicinske sestre ter na tiste, ki so posledice njenega odločanja (Brodarič, 2013, str. 18).

2.4.2 Kršitve na področju zasebnosti in intimnosti

Posameznikova potreba po zasebnosti lahko zajema zelo širok spekter posameznikovih zahtev in pričakovanj, vendar je ta zasebnost z vstopom v zdravstveno okolje lahko kršena na številne načine. Najpogosteje so kršitve posameznikove zasebnosti kot posledica fizične omejitve okolja pri fizični negi ali komunikaciji. Pacienti namreč pogosto dobijo informacije o zdravstvenem stanju pred drugimi pacienti, na hodniku, medicinska sestra lahko pozabi zapreti vrata sobe za seboj in podobno (Deutsch, Becker 2006, str. 4).

Woogara (2005) v svoji raziskavi izpostavi, da je dojemanje pacientov o zasebnosti v veliki meri odvisno bodisi od tega, ali so bolni ali okrevajo po bolezni ter bodisi od tega, ali so bili hospitalizirani v sobi z ostalimi pacienti ali so bili v sobi sami. Njegove ključne ugotovitve so:

- v času intimne nege so tako zdravniki kot medicinske sestre večkrat "vdirali" v zasebni prostor pacienta s kukanjem skozi zavese, brez predhodnih opozoril,
- brez pacientovega soglasja so medicinske sestre in zdravniki sedeli na pacientovi postelji,
- medicinske sestre so dostopale do pacientovih osebnih stvari brez predhodnega dovoljenja pacienta,
- vse bolnišnične dejavnosti so bile izvedene rutinsko, brez upoštevanja želj in potreb posameznikov – zbujanje pacientov, opravljanje vizit in posvetov pred ostalimi pacienti, prav tako se zdravniki niso predstavili pacientom,
- medicinske sestre so redko naslavljale paciente z njihovimi priimki, brez soglasja pacientov so jih klicale po imenu,
- pacienti oblečeni v bolnišnične halje so imeli pogosto odkrit zadnji del telesa, ki je bil izpostavljen in viden vsem ostalim.

Ključnega pomena je to, da so se pacienti zavedali kršenja njihove zasebnosti in intimnosti, vendar so se sprijaznili z dejstvom, da zasebnosti in intimnosti v bolnišničnem okolju dejansko ni (prav tam, str. 279).

Berkopec (2012, str. 39) prav tako izpostavi neupoštevanje telesne zasebnosti, nepotrebno razgaljenje pacienta, tikanje in nespoštljivo imenovanje pacientov (brez gospod, gospa) ter pogovor o pacientu v njegovi prisotnosti kot ene izmed najpogostejših oblik nespoštovanja etičnih načel v operacijskem bloku.

Karro, Dent in Farish (2005, str. 119) so opravili raziskavo o percepciji kršitev pacientove zasebnosti pri tistih, ki so bili deležni prve pomoči na urgentnem bloku. Pacienti so tako izpostavili, da so slišali podatke o drugih pacientih in prav tako, da so informacije o njihovem zdravju slišale druge, za to neprimerne osebe. Nekateri pacienti so celo svoje podatke pred zdravstvenim osebjem zamolčali, ker so menili, da bi jih lahko drugi slišali. Nekaj pacientov je celo odklonilo fizični pregled, ker so menili, da bi jih pri tem lahko videli drugi. Nekateri so bili mnenja, da so njihovi intimni deli telesa

bili vidni drugim, nekaj pacientov pa je lahko celo videlo druge paciente razgaljene med pregledom. Do takih kršitev je prišlo pri tistih, ki so bili obravnavani v kabinah z zaveso.

Ferkulj (2011, str. 101 – 102) izpostavi podobne probleme. Intimnost pri osebni negi se ne more zagotoviti v celoti zaradi pomanjkanja zaves in prenatrpanosti bolniških sob. Podatki in stanje pacienta so na voljo tudi drugim, saj vizite potekajo v bolniških sobah in nimajo prostora, kjer bi se lahko v miru pogovorili s pacientom. Delo ob pacientu poteka tudi v času obiskov, če le-ti nočejo zapustiti bolniške sobe. Zaradi pomanjkanja časa in zdravstvenega kadra se bolniku ne more zagotoviti intimnost, kar se najpogosteje izkaže ravno ob nujnih sprejemih, jutranji negi in viziti. Zaradi hitrega tempa se tudi zdravstveno osebje ne more v celoti posvetiti pacientom in je zasebnost prav tako zanemarjena. Informacije se pacientom podajajo kar na hodnikih ob prisotnosti mimoidočih, sporno pa je tudi dajanje informacij po telefonu. Dokumentacija o zdravstvenem stanju pacienta je prav tako večkrat odložena na mizah, na hodniku ali v bolniški sobi. Tudi imena bolnikov na posteljah ne zagotavljajo zasebnosti. Pogosto pa od pacientov niti ne pridobijo soglasja za določen poseg niti ga ne vprašajo, ali ga moti, če so pri negovalni intervenciji prisotni tudi dijaki in študenti. Prav tako se zdravstveno osebje pogosto o pacientih pogovarja kar na hodnikih in predajajo službo kar ob bolniški postelji.

Takih in podobnih primerov je ogromno. Pacienti so lahko seznanjeni s svojimi pravicami in jih v določenih primerih lahko tudi zahtevajo. Pogosto pa o tem v času, ko smo bolni, niti ne razmišljamo. V tistem trenutku bi radi le ozdraveli ali se počutili bolje. Vsakič, ko vstopimo v zdravstveno ustanovo, se moramo zavedati, da bo del naše zasebnosti kršen. V kolikšni meri bo do tega prišlo, pa je odvisno tako od zdravstvenega osebja in razpoložljivih sredstev zdravstvenega okolja, kot tudi od nas samih. Pojavi se tudi vprašanje, koliko zdravstvenih delavcev opozarja sodelavce na storjeno napačno ravnanje, koliko se posamezni zdravstveni delavci zavedajo lastnega napačnega ravnanja ter kaj lahko naredijo, da se napačno ravnanje ne bi več ponavljalo.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Zavedamo se, da je delo medicinskih sester zelo zahtevno, stresno in poleg vsega znanja zahteva tudi empatijo, profesionalnost, humanost in številne druge lastnosti ter spoštovanje etičnega kodeksa in pacientovih pravic. Kljub vestnemu zavedanju, da so medicinske sestre pri svojem delu strokovno, moralno, etično in pravno odgovorne za ravnanje z vsakim pacientom, še vedno lahko pride do kršenja pacientovih pravic do zasebnosti in intimnosti.

Namen diplomskega dela je preučiti, v kolikšni meri se medicinske sestre zavedajo lastne profesionalne in etične odgovornosti v odnosu do pacientove zasebnosti oziroma njegove intimnosti. Na podlagi teoretičnih izhodišč in raziskave želimo prikazati morebitna odstopanja v praksi, do katerih lahko pride bodisi zavestno ali nezavedno.

Cilj diplomske naloge je ugotoviti doslednost medicinskih sester kliničnega oddelka za travmatologijo pri zagotavljanju intimnosti pacientov v sklopu etične in profesionalne odgovornosti. Ključni cilj je ugotoviti stopnjo zagotavljanja intimnosti medicinskih sester v okviru svojega dela ter raziskati morebiten vpliv delovnega okolja oziroma vpliv delovnih razmer na zmožnosti zagotavljanja intimnosti. Tako skušamo posledično ugotoviti tudi morebitna odstopanja in kršitve pri sami obravnavi pacientov.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Raziskovalna vprašanja se nanašajo na znanje in zavedanje medicinskih sester s področja zagotavljanja intimnosti slehernega pacienta v okviru etične in profesionalne odgovornosti.

Raziskovalno vprašanje 1: V kolikšni meri so medicinske sestre poučene na področju etične in profesionalne odgovornosti?

Raziskovalno vprašanje 2: Kakšno je mnenje medicinskih sester o varovanju osebnih podatkov in ohranjanju intimnosti na njihovem oddelku?

Raziskovalno vprašanje 3: V kolikšni meri lahko medicinske sestre svoje znanje o

zasebnosti oziroma intimnosti in pacientovih pravicah prenašajo v prakso?

Raziskovalno vprašanje 4: Kakšen pomen pripisujejo medicinske sestre posameznim komponentam (zaupanje, moč, empatija, spoštovanje) pri izvajanju in zagotavljanju intimnosti?

Raziskovalno vprašanje 5: V kolikšni meri se opaža morebitno napačno ravnanje na področju zagotavljanja intimnosti pri sodelavcih?

Raziskovalno vprašanje 6: Ali medicinske sestre svoje sodelavce opozorijo, da so kršili intimnost pacienta?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Ob pregledu znanstvene in strokovne literature v tujem in slovenskem jeziku, je pri izdelavi diplomskega dela uporabljena deskriptivna metoda, s katero so podrobneje predstavljena omenjena področja in pojmi. Pri iskanju literature je uporabljen kooperativni sistem COBISS, podatkovne baze MEDLINE, CINAHL, PubMed, SpringerLink, Eric ter brskalnik Google učenjak. Pri izboru slovenske literature so bile uporabljene ključne besede: etična odgovornost, profesionalna odgovornost, pravice pacientov, zdravstvena nega - etika, zasebnost pacienta, intimnost pacienta. Pri izboru tuje literature pa so bile uporabljene ključne besede: ethical responsibility, professional responsibility, patient's rights, nursing – ethics, patient's privacy, patient's intimacy. Pri izboru literature smo upoštevali, da je dostopno celotno besedilo članka ter hkrati letnico izdaje, in sicer leto 2002. Uporabljena je tudi kvantitativna metoda za potrebe praktičnega dela, s katerim bomo poskušali podati odgovore na zastavljena raziskovalna vprašanja. V ta namen je izdelan anketni vprašalnik.

3.3.2 Opis merskega instrumenta

Raziskava je bila izvedena na podlagi anketnega vprašalnika, ki je bil namenjen medicinskim sestram in tehnikom zdravstvene nege oddelka za travmatologijo v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana (UKCL). Strukturni vprašalnik je sestavljen

iz štirih sklopov. Sestavljen je na podlagi pregledane literature, vsa vprašanja pa se nanašajo na področje etične in profesionalne odgovornosti ter zagotavljanja zasebnosti in intimnosti. Anketni vprašalnik je sestavljen iz 21 vprašanj. Prvi sklop anketnega vprašalnika zajema demografske podatke – spol, starost, izobrazbo in delovno dobo. Drugi del je sestavljen iz vprašanj, ki se navezujejo na profesionalne in etične vidike zdravstvene nege. S temi vprašanji se je preverjalo znanje na področju etične in profesionalne odgovornosti ter mnenja o varovanju osebnih podatkov in zagotavljanju intimnosti na obravnavanem oddelku. Vsa vprašanja v teh dveh sklopih so zaprtega tipa, anketiranci pa so lahko izbrali le en odgovor. Tretji sklop se nanaša na izvajanje in zagotavljanje intimnosti. Anketiranci so na podlagi lastnega opravljanja dela ocenjevali posamezne trditve in izražali svoja stališča na podlagi petstopenjske Likertove lestvice. Pri enem vprašanju so ocenjevali kako pogosto zagotavljajo intimnost pacientom, pri čemer ocena 1 pomeni nikoli, 2 redko, 3 včasih, 4 pogosto in 5 vedno. Pri dveh vprašanjih so izrazili svoja stališča do pomembnosti posameznih komponent pri zagotavljanju intimnosti ter samih zmogljivosti za zagotavljanje intimnosti na delovnem mestu. Pri tem je vrednost 1 pomenila, da se s trditvijo sploh ne strinjajo, 2, da se ne strinjajo, 3, da so do navedene trditve neopredeljeni, 4, da se s trditvijo strinjajo ter 5, da se s trditvijo popolnoma strinjajo. S tem smo preverjali, kako sami zagotavljajo intimnost pacienta ter koliko lahko na to vplivajo delovne razmere. Prav tako smo ocenjevali, katerim posameznim komponentam pri zagotavljanju intimnosti namenjajo anketiranci večjo pomembnost. Četrty sklop se nanaša na kritike in odstopanja na področju zagotavljanja intimnosti. Z vprašanji smo želeli ugotoviti, ali morebiti prihaja do ravnanja, ki ni v skladu z etičnimi načeli. Anketiranci so prav tako ocenjevali pogostost posameznega ravnanja na podlagi Likertove lestvice. Ta sklop pa vsebuje tudi delno odprto vprašanje, ob katerega so lahko pripisali tudi svoj odgovor ter eno odprto vprašanje, s katerim smo želeli ugotoviti ključne probleme, ki onemogočajo popolno zagotavljanje intimnosti. Zanesljivost pridobljenih podatkov je bila izračunana skupno za 29 trditve III. in IV. sklopa anketnega vprašalnika na podlagi Cronbach alfa koeficienta. Cronbach alfa koeficient je za sklop spremenljivk, ki meri pogostost ter stopnjo zagotavljanja intimnosti, dosegel vrednost 0,85. Za sklop spremenljivk, ki meri pogostost napačnega ravnanja medicinskih sester, ima koeficient vrednost 0,835. S tem je Cronbach alfa koeficient presegel spodnji prag 0,7, ki v strokovni literaturi določa

sprejemljivo stopnjo zanesljivosti instrumenta (Cencič, 2009). Cronbach alfa ima za sklop spremenljivk, ki meri pomembnost komponent pri izvajanju in zagotavljanju intimnosti vrednost 0,641, kar je nekoliko nizko, a še vedno dovolj sprejemljivo, da lahko sklepamo, da je merski instrument zanesljiv (Wikipedia, b.l.).

3.3.3 Opis vzorca

Pri raziskavi smo uporabili namenski vzorec. Razdelili smo 100 anket, vrnjenih je bilo 85. Realizacija je bila 85 %.

Tabela 1: Demografski podatki anketirancev (n = 85)

		Število	%
Spol	Moški	17	20,0%
	Ženski	68	80,0%
Starost	do 20 let	2	2,4%
	21 - 30 let	33	38,8%
	31 - 40 let	27	31,8%
	41 - 50 let	15	17,6%
	Nad 50 let	8	9,4%
Kakšna je vaša najvišja dosežena formalna izobrazba?	Srednješolska	57	67,1%
	Višja ali visoka strokovna	23	27,1%
	Univerzitetna	5	5,9%
Delovna doba	0 - 5 let	21	24,7%
	6 - 10 let	16	18,8%
	11 - 15 let	12	14,1%
	16 - 20 let	13	15,3%
	Nad 20 let	23	27,1%

Med anketiranimi je sodelovalo 68 (80 %) žensk ter 17 (20 %) moških. Največ sodelujočih, in sicer 33 (38,8 %) je v starosti od 21 do 30 let, 27 (31,8 %) je v starosti 31 do 40 let, starost od 41 do 50 let ima 15 (17,6 %) oseb v vzorcu, 8 (9,4 %) je starejših od 50 let, 20 let ali manj pa imata dve (2,4 %) osebi v vzorcu. 57 anketirancev (67,1 %) ima srednješolsko izobrazbo, višjo ali visoko strokovno ima 23 (27,1 %)

vprašanih, 5 (5,9 %) pa jih ima univerzitetno izobrazbo. 5 let delovne dobe ali manj ima 21 (24,7 %) oseb v vzorcu, 16 (18,8 %) jih ima od 6 do 10 let delovne dobe, od 11 do 15 let delovne dobe jih ima 12 (14,1 %), 13 (15,3 %) jih ima od 16 do 20 let delovne dobe, več kot 20 let delovne dobe pa ima 23 oseb v vzorcu (27,1 %) (Tabela 1).

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Za izvedbo raziskave je bilo potrebno predhodno pridobiti pisno dovoljenje vodstva UKCL. Po pridobljenem dovoljenju smo v času od 07. do 14. januarja 2014 raziskavo izvedli na oddelku za travmatologijo UKCL (oddelek A, oddelek B, oddelek C, oddelek D, oddelek E, oddelek G, EIN – Zaloška 2 in EIN – Zaloška 7). Po posameznih oddelkih so izpolnjene ankete skupno oddali v zaprtih kuvertah, s čimer je bila anonimnost anketirancev zagotovljena v celoti.

Podatke pravilno izpolnjenih vprašalnikov smo obdelali s statističnim programom SPSS, verzija 19.0 ter s pomočjo Microsoft Excela. Statistični prikaz podatkov je predstavljen grafično s pomočjo tabel. Demografski podatki so podani na podlagi frekvenčne (n) in odstotne (%) porazdelitve.

S t-testom za neodvisne vzorce smo preverili, ali obstaja statistično pomembna razlika med moškimi in ženskami, s Spearmanovim korelacijskim koeficientom pa smo preverili, ali so starost, stopnja izobrazbe in delovna doba statistično pomembno povezani z mnenji o izvajanju, zagotavljanju ter kršenju intimnosti.

V tabelah so navedene tudi povprečne vrednosti (PV) in standardni odkloni (SO) odgovorov pri opisnih statistikah trditev, ki merijo pogostost zagotavljanja zasebnosti, pomembnost posameznih komponent pri izvajanju in zagotavljanju intimnosti, stopnjo zagotavljanja intimnosti ter pogostost napačnega ravnanja medicinskih sester pri izvajanju zdravstvene nege oziroma zagotavljanju intimnosti.

3.4 REZULTATI

V prvem sklopu anketnega vprašalnika smo zajeli demografske podatke, ki so predstavljeni v opisu vzorca, ostala vprašanja pa so obravnavana po sklopih "Etična in

profesionalna odgovornost", "Izvajanje in zagotavljanje intimnosti" ter "Kršitve na področju zagotavljanja intimnosti".

V sklopu "Etična in profesionalno odgovornost" so anketiranci odgovarjali na 11 zastavljenih vprašanj, pri katerih so lahko izbrali le en odgovor in pokazali svoje znanje na področju etične in profesionalne odgovornosti ter podali svoja mnenja o varovanju osebnih podatkov in ohranjanju intimnosti na njihovem oddelku.

Iz tabele 2 je razvidno, da 49,4 % vprašanih meni, da je *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije* uradna izjava za vrednote in ideale zdravstvene nege, 43,5 % jih je odgovorilo, da je to pravni okvir, ki pomaga medicinskim sestram pri odločanju, 7,1 % pa jih meni, da je to politika, ki vodi prakso zdravstvene nege. 55,3 % vprašanih je odgovorilo, da *Kodeks medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov* obravnava 4 področja in ima 9 načel, 28,2 % jih meni, da obravnava 5 področij in ima 10 načel, 14,1 % jih meni, da obravnava 3 področja in ima 8 načel, dva pa na vprašanje nista znala odgovoriti. Da je za sprejemanje etičnih odločitev potrebno sodelovanje, komuniciranje in sporazum meni kar 97,6 % vprašanih, le dve osebi se s trditvijo ne strinjata. 83,5 % vprašanih je odgovorilo, da je medicinska sestra, ki deluje etično, odgovorna, 15,3 % jih meni, da je skrbna, ena oseba pa meni, da predvsem prevzema tveganja. Prav vsi vprašani se strinjajo, da je medicinska sestra pri opravljanju svojega poklica v okviru svoje strokovne usposobljenosti samostojna in neodvisna ter za svoje delo odgovorna pred svojo vestjo, pacientom in družbo.

95,3 % anketirancev meni, da imajo dovolj znanja, da lahko zagotavljajo pravico pacienta do zasebnosti, 3,5 % se jih s trditvijo strinja le delno, ena oseba v vzorcu pa meni, da nima dovolj znanja za zagotavljanje pacientove pravice do zasebnosti. Da so osebni podatki pacientov na njihovem oddelku dovolj varovani, meni 56,5 % vprašanih, 31,8 % jih meni, da niso dovolj varovani, 11,8 % pa jih na vprašanje ni znalo odgovoriti. Da so pacienti dovolj seznanjeni s svojimi pravicami meni 64,7 % vprašanih, 34,1 % pa jih meni, da niso dovolj seznanjeni. 28,2 % jih meni, da je za ohranjanje intimnosti pacienta na njihovem oddelku dobro poskrbljeno, 27,1 % jih meni, da ni dobro poskrbljeno, kar 44,7 % pa jih je odgovorilo, da na njihovem oddelku ni vedno dobro poskrbljeno za ohranjanje intimnosti pacienta.

Tabela 2: Frekvenčne porazdelitve vprašanj iz sklopa »Etična in profesionalna odgovornost«

Vprašanje	Odgovor	Število	%	veljavni %
<i>Zdravstvena nega temelji na Kodeksu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Kakšen je namen etičnega kodeksa?</i>	To je pravni okvir, ki pomaga medicinskim sestram pri odločanju.	37	43,5 %	43,5 %
	To je uradna izjava za vrednote in ideale zdravstvene nege.	42	49,4 %	49,4 %
	To je politika, ki vodi prakso zdravstvene nege.	6	7,1 %	7,1 %
<i>Koliko področij obravnava Kodeks medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov ter koliko načel ima?</i>	Obravnava 3 področja in ima 8 načel.	12	14,1 %	14,5 %
	Obravnava 4 področja in ima 9 načel.	47	55,3 %	56,6 %
	Obravnava 5 področij in ima 10 načel.	24	28,2 %	28,9 %
	Ni odgovoril	2	2,4 %	/
<i>Za sprejemanje etičnih odločitev je potrebno sodelovanje, komuniciranje in sporazum.</i>	Da	83	97,6 %	97,6 %
	Ne	2	2,4 %	2,4 %
<i>Medicinska sestra, ki deluje etično, je:</i>	Skrbna	13	15,3 %	15,3 %
	Odgovorna	71	83,5 %	83,5 %
	Prevzema tveganja	1	1,2 %	1,2 %
<i>Medicinska sestra je pri opravljanju svojega poklica v okviru svoje strokovne usposobljenosti samostojna in neodvisna ter za svoje delo odgovorna pred svojo vestjo, pacientom in družbo.</i>	Da	85	100,0 %	100,0 %
	Ne	0	0,0 %	0,0 %
<i>Ali menite, da imate dovolj znanja, da lahko zagotavljate pravico pacienta do zasebnosti?</i>	Da	81	95,3 %	95,3 %
	Ne	1	1,2 %	1,2 %
	Delno	3	3,5 %	3,5 %
<i>Ali menite, da so osebni podatki pacientov na vašem oddelku dovolj varovani?</i>	Da	48	56,5 %	64,0 %
	Ne	27	31,8 %	36,0 %
	Ne vem	10	11,8 %	/
<i>Ali menite, da so pacienti dovolj seznanjeni s svojimi pravicami?</i>	Da	55	64,7 %	65,5 %
	Ne	29	34,1 %	34,5 %
	Ni odgovoril	1	1,2 %	/
<i>Ali menite, da je za ohranjanje intimnosti pacienta na vašem oddelku dobro poskrbljeno?</i>	Da	24	28,2 %	28,2 %
	Ne	23	27,1 %	27,1 %
	Ne vedno	38	44,7 %	44,7 %

V tretjem sklopu, ki se nanaša na izvajanje in zagotavljanje intimnosti, so se vsi vprašani strinjali s trditvijo, da medicinska sestra upošteva ter spoštuje pravico pacienta do zasebnosti, še posebej, kadar gre za njegovo intimnost, upanje, strah, trpljenje ter bolečino.

Kar se tiče zagotavljanja zasebnosti, prikazujejo rezultati v tabeli 3, da kar 92,9 % anketirancev ob opravljanju medicinsko – tehničnih posegov pacienta pogosto oziroma vedno zaščitijo pred neželenimi pogledi. Povprečna vrednost (PV) pri tej trditvi je bila 1,74, standardni odklon (SO) pa 0,74. Ob izvajanju zdravstvene nege je 87,1 % anketirancev odgovorilo, da pogosto oziroma vedno zaščitijo pacienta pred neželenimi pogledi (PV = 1,76; SO = 0,92). Da pri opravljanju posegov pacientu pogosto ali vedno zagotovijo zasebnost je odgovorilo 84,7 % medicinskih sester (PV = 1,84; SO = 0,74). Pogosto oz. vedno zagotovi zasebnost pacientu pri pogovoru o zasebnih zadevah in bolezni 81,2 % vprašanih medicinskih sester (PV = 2,04; SO = 0,92), pri viziti pa le 43,8 % (PV = 2,85; SO = 1,26).

Tabela 3: Pogostost zagotavljanja zasebnosti

	Pogostost - število (%)					PV	SO
	Vedno	Pogosto	Včasih	Redko	Nikoli		
Pri pogovoru o zasebnih zadevah in bolezni pacientu zagotovim zasebnost.	23 (27,1)	46 (54,1)	7 (8,2)	8 (9,4)	1 (1,2)	2,04	0,92
Pri viziti pacientu zagotovim zasebnost.	12 (15)	23 (28,8)	21 (26,3)	13 (16,3)	11 (13,8)	2,85	1,26
Pri opravljanju posegov pacientu zagotovim zasebnost.	29 (34,1)	43 (50,6)	11 (12,9)	2 (2,4)	0 (0)	1,84	0,74
Ob izvajanju zdravstvene nege pacienta zaščitim pred neželenimi pogledi.	39 (45,9)	35 (41,2)	4 (4,7)	6 (7,1)	1 (1,2)	1,76	0,92
Ob opravljanju medicinsko - tehničnih posegov pacienta zaščitim pred neželenimi pogledi.	32 (37,6)	47 (55,3)	3 (3,5)	2 (2,4)	1 (1,2)	1,74	0,74

PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Medicinske sestre so po Likertovi lestvici od 1 (sploh se ne strinjam) do 5 (se popolnoma strinjam) ocenjevale, kako pomembne so pri izvajanju in zagotavljanju intimnosti posamezne komponente. Rezultati v tabeli 4 prikazujejo, da se je po mnenju

medicinskih sester med vsemi komponentami izkazalo kot najbolj pomembno spoštovanje (PV = 4,76; SO = 0,45). Temu sledita zaupanje (PV = 4,69; SO = 0,49) in empatija (PV = 4,58; SO = 0,56), nekoliko nižje pa je strinjanje o pomembnosti večje moči medicinske sestre v primerjavi s pacienti (PV = 3,73; SO = 1,16). 94,1 % anketirancev se strinja oz. povsem strinja, da ob upoštevanju vseh komponent skupaj lahko medicinska sestra zagotovi kvalitetno zdravstveno nego pacienta ter s tem tudi intimnost (PV = 4,48; SO = 0,68).

Tabela 4: Pomembnost komponent pri izvajanju in zagotavljanju intimnosti

	Strinjanje - število (%)					PV	SO
	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti niti	Se strinjam	Povsem se strinjam		
V času zdravljenja je pacient v ranljivem položaju, zato je ZAUPANJE med medicinsko sestro in pacientom ključno.	0 (0)	0 (0)	1 (1,2)	24 (28,2)	60 (70,6)	4,69	0,49
Medicinska sestra mora pri zagotavljanju intimnosti primarno SPOŠTOVATI posameznika, ne glede na njegov socialni in ekonomski status, osebnostne lastnosti ali vrsto zdravstvenih težav.	0 (0)	0 (0)	1 (1,2)	18 (21,2)	66 (77,6)	4,76	0,45
Za medicinsko sestro je sposobnost EMPATIJE zelo pomembna saj mora razumeti pacientovo situacijo, perspektivo in občutke.	0 (0)	0 (0)	3 (3,5)	30 (35,3)	52 (61,2)	4,58	0,56
Medicinska sestra ima zaradi strokovnega znanja in dostopa do privilegiranih informacij v sistemu zdravstvenega varstva večjo MOČ kot pacient.	6 (7,1)	5 (5,9)	20 (23,5)	29 (34,1)	25 (29,4)	3,73	1,16
Ob upoštevanju vseh komponent skupaj (zaupanje, spoštovanje, empatija, moč) lahko medicinska sestra zagotovi kvalitetno zdravstveno nego pacienta ter s tem tudi intimnost.	0 (0)	2 (2,4)	3 (3,5)	32 (37,6)	48 (56,5)	4,48	0,68

PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Po Likertovi lestvici od 1 (sploh se ne strinjam) do 5 (se popolnoma strinjam) so vprašani ocenjevali, v kolikšni meri se strinjajo s trditvami, ki se navezujejo na zagotavljanje intimnosti pacienta. V tabeli 5 je vidno, da se od naštetih trditev najbolj

strinjajo s trditvijo »Do pacientov sem spoštljiva, prijazna in odgovorna.« (PV = 4,73; SO = 0,45), najmanj pa s trditvijo »Pacientu omogočim pravico do zasebnosti pri izvajanju zdravstvene nege.« (PV = 4,38; SO = 0,67).

Tabela 5: Stopnja zagotavljanja intimnosti

	Strinjanje - število (%)					PV	SO
	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Niti niti	Se strinjam	Povsem se strinjam		
Do pacientov sem spoštljiva, prijazna in odgovorna.	0 (0)	0 (0)	0 (0)	23 (27,1)	62 (72,9)	4,73	0,45
Zaupne podatke pacienta uporabljam samo v delovnem okolju.	0 (0)	0 (0)	4 (4,7)	21 (24,7)	60 (70,6)	4,66	0,57
Vsakemu pacientu pri izvajanju zdravstvene nege izkazujem spoštovanje.	0 (0)	1 (1,2)	3 (3,6)	21 (25)	59 (70,2)	4,64	0,61
Svoje znanje o zagotavljanju intimnosti apliciram v prakso.	0 (0)	0 (0)	4 (4,7)	27 (31,8)	54 (63,5)	4,59	0,58
Intimnost zagotavljam s profesionalnostjo.	0 (0)	0 (0)	3 (3,5)	30 (35,3)	52 (61,2)	4,58	0,56
Pri svojem delu si prizadevam omejiti zlorabo pacientovih pravic.	0 (0)	2 (2,4)	2 (2,4)	31 (36,5)	50 (58,8)	4,52	0,67
Pri vsakem pacientu se prizadevam zaščititi njegove pravice.	0 (0)	0 (0)	5 (5,9)	32 (37,6)	48 (56,5)	4,51	0,61
Pri svojem delu skušam ustreči pacientovim potrebam.	0 (0)	0 (0)	5 (5,9)	33 (38,8)	47 (55,3)	4,49	0,61
Vedno poskrbim, da intimni deli pacienta niso vidni drugim.	0 (0)	0 (0)	5 (5,9)	36 (42,4)	44 (51,8)	4,46	0,61
Z dobrim odnosom do pacienta lahko zagotovim intimnost.	0 (0)	2 (2,4)	5 (6)	30 (35,7)	47 (56)	4,45	0,72
Pri zagotavljanju intimnosti se ravnam po etičnih načelih.	0 (0)	1 (1,2)	6 (7,1)	32 (37,6)	46 (54,1)	4,45	0,68
Pacientu omogočim pravico do zasebnosti pri izvajanju zdravstvene nege.	0 (0)	0 (0)	9 (10,6)	35 (41,2)	41 (48,2)	4,38	0,67

PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

V četrtem sklopu smo pridobili rezultate glede nepravilnega ravnanja pri zagotavljanju intimnosti pacientom.. Rezultati so prikazani v tabeli 6.

Najpogostejša kršitev na področju zagotavljanja intimnosti je, da pacienta pregledajo tudi pred drugimi pacienti. Da se to pogosto dogaja je odgovorilo kar 19 % vprašanih. Povprečna vrednost (PV) za to trditev je 3,37, standardni odklon (SO) pa 0,93. Da

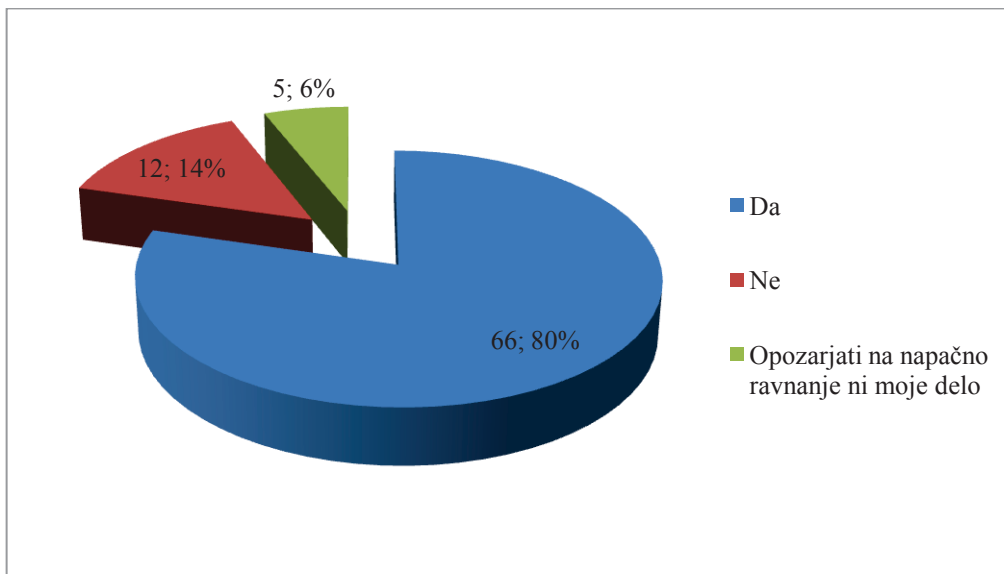
pacienta pogosto oz. vedno neustrezno naslavlja je odgovorilo 14,3 % vprašanih (PV = 3,65; SO = 1,04). 10,9 % pa je odgovorilo, da se pogosto oz. vedno zgodi, da pri izvajanju zdravstvene nege pacientom ne zagotovijo zasebnosti (PV = 3,66; SO = 0,92). 9,5 % jih meni, da sodelavci pogosto posredujejo informacije o pacientovem stanju brez njegovega dovoljenja (PV = 3,69; SO = 0,93). 7,2 % jih meni, da pogosto oz. vedno s pacienti ne komunicirajo na profesionalni ravni ter da ne upoštevajo želj in potreb pacienta (PV = 3,83; SO = 0,94). Da se vedno oz. pogosto dogaja, da do pacientov niso spoštljivi, je odgovorilo 3,6 % vprašanih, 15,7 % jih meni, da se to dogaja včasih, da se redko zgodi, da do pacientov niso spoštljivi meni 44,6 % vprašanih, 36,1 % pa jih odgovorilo, da se to nikoli ne zgodi (PV = 4,11; SO = 0,88).

Tabela 6: Pogostost napačnega ravnanja medicinskih sester

	Pogostost - število (%)					PV	SO
	Vedno	Pogosto	Včasih	Redko	Nikoli		
Sodelavci pregledajo pacienta tudi pred drugimi pacienti.	0 (0)	16 (19)	31(36,9)	27(32,1)	10(11,9)	3,37	0,93
Sodelavci paciente ne naslavlja ustrezno (ga./g. in priimek).	1 (1,2)	11 (13,1)	25(29,8)	26 (31)	21 (25)	3,65	1,04
Pri izvajanju zdravstvene nege jim ne zagotovijo zasebnosti.	2 (2,4)	7 (8,5)	20(24,4)	41 (50)	12 (14,6)	3,66	0,92
Sodelavci posredujejo informacije o pacientovem stanju brez njegovega dovoljenja.	0 (0)	8 (9,5)	29 (34,5)	28 (33,3)	19 (22,6)	3,69	0,93
S pacienti ne komunicirajo na profesionalni ravni.	2 (2,4)	4 (4,8)	23 (27,7)	35 (42,2)	19 (22,9)	3,78	0,94
Sodelavci ne upoštevajo želj in potreb pacienta.	2 (2,4)	4 (4,8)	21 (25)	36 (42,9)	21 (25)	3,83	0,94
Do pacientov niso spoštljivi.	2 (2,4)	1 (1,2)	13 (15,7)	37 (44,6)	30 (36,1)	4,11	0,88

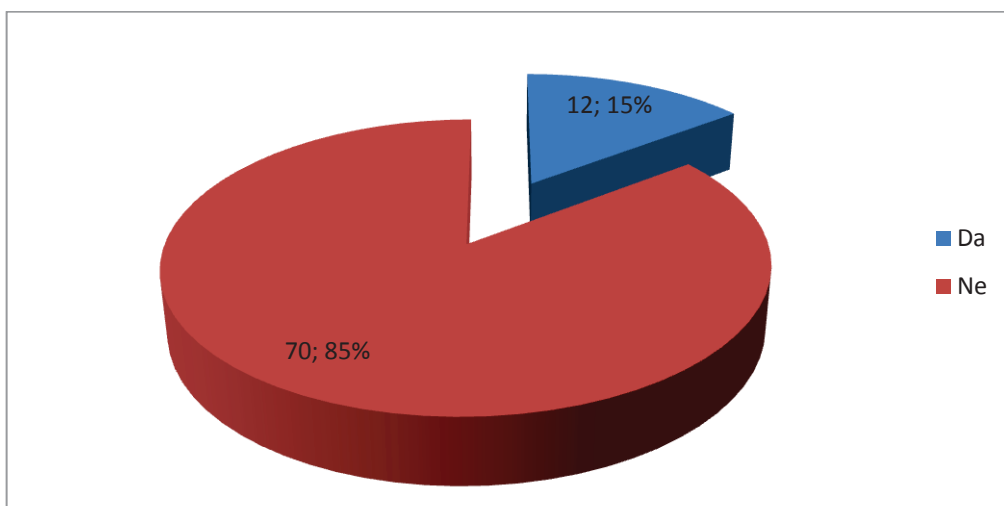
PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Na sliki 1 so prikazani odgovori na vprašanje, če so anketiranci sodelavca kdaj opozorili, da je napačno ravnal na delovnem mestu in so to tudi sami opazili. Pritrdilne odgovore je na to vprašanje podalo 77,6 % anketirancev, 14,1 % jih je odgovorilo z ne, 5,9 % pa jih je odgovorilo, da opozarjanje na napačno ravnanje ni njihova zadolžitev.



Slika 1: Ali ste kdaj sodelavca opozorili, da je napačno ravnal na delovnem mestu in ste to tudi sami opazili?

Anketiranci so prav tako odgovarjali na vprašanje, ali so se pacienti že kdaj pritožili nad njihovim ravnanjem v zvezi z zagotavljanjem intimnosti. Slika 2 prikazuje, da je 14,1 % vprašanih medicinskih sester bilo deležnih pritožbe, pri 82,4 % se niso pritožili, trije vprašani pa niso odgovorili na vprašanje.



Slika 2: So se pacienti že kdaj pritožili nad vašim ravnanjem v zvezi z zagotavljanjem intimnosti?

Z zadnjim vprašanjem smo želeli pridobiti konkretne predloge oziroma morebitne rešitve anketirancev, s katerimi bi lahko v praksi kršitve pravic do zasebnosti pacientov čim bolj omejili. Vprašanje je bilo odprtega tipa, nanj pa niso odgovorili vsi anketiranci. Prejeli smo odgovore zgolj 27 anketirancev, kar predstavlja 32 % vseh sodelujočih pri raziskavi. Med najpogostejšimi odgovori se pojavljajo naslednji predlogi:

- manjše število oseb v sobah,
- večje število zaves oz. ustrezna preureditev sob,
- večje število zaposlenih,
- več izobraževanj na področju zasebnosti pacientov,
- manj sočasnih obiskov,
- zmanjšanje birokracije ter
- na splošno boljše delovne pogoje.

Preverili smo kako so spremenljivke povezane z demografskimi dejavniki. To smo naredili z lestvico, ki meri pogostost ravnanj oz. stopnjo strinjanja s trditvami. S t-testom za neodvisne vzorce smo preverili, če obstaja statistično pomembna razlika med moškimi in ženskami, rezultate pa je zaradi majhnega števila moških v vzorcu ($n = 17$) potrebno upoštevati nekoliko zadržkom. S Spearmanovim korelacijskim koeficientom smo preverili, ali so starost, stopnja izobrazbe in delovna doba statistično pomembno povezani z mnenji o izvajanju, zagotavljanju ter kršenju intimnosti.

Izkazalo se je, da med spoloma ni statistično značilnih razlik v odgovorih pri nobenem od vprašanj z lestvico ($p > 0,05$) (Priloga 2).

S starostjo se znižuje strinjanje s trditvijo, da si z dobrim odnosom do pacienta medicinska sestra lahko zagotovi intimnost ($r_s = -0,217$, $p = 0,047$), starejši pa tudi menijo, da se pogosteje dogaja, da sodelavci pri izvajanju zdravstvene nege pacientom ne zagotovijo zasebnosti ($r_s = -0,232$, $p = 0,036$). Medicinske sestre z nižjo stopnjo izobrazbe pri opravljanju posegov pogosteje zagotovijo zasebnost pacientu ($r_s = 0,302$, $p = 0,005$), velja pa opozoriti, da gre v tem primeru za samooceno pogostosti, ki se lahko močno razlikuje od dejanskega stanja. Z daljšanjem delovne dobe se znižuje strinjanje s trditvami »Pri svojem delu si prizadevam omejiti zlorabo pacientovih pravic.« ($r_s = -0,233$, $p = 0,032$), »Z dobrim odnosom do pacienta lahko zagotovim

intimnost.« ($r_s = -0,285$, $p = 0,009$) in »O zdravstvenem stanju pacienta se z njim pogovorim na samem.« ($r_s = -0,236$, $p = 0,030$), tako kot pri starosti, pa tudi pri tistih z daljšo delovno dobo velja, da pri izvajanju zdravstvene nege pacientu redkeje zagotovijo zasebnost ($r_s = -0,303$, $p = 0,006$). Pri preostalih spremenljivkah nismo ugotovili statistično značilne povezanosti s starostjo, stopnjo izobrazbe oz. z delovno dobo (Priloga 3).

3.5 RAZPRAVA

Intimnost v zdravstveni negi se vrednoti kot pomemben del kakovostne oskrbe pacientov (Stavropoulou et al., 2012, str. 479), saj gre za poseben način vstopanja in delovanja v zasebni in intimni svet posameznika, ki je v vlogi pacienta (Zupančič, 2012, str. 126). Odvzem obleke, slačenje v javnosti – zanikanje pravice do obleke, izpostavljanje intimnih delov pogledom drugih, verbalno ali neverbalno namigovanje na spremenjeno telesno podobo, lahko človeka razosebi in poniža (Šmitek 2006, str. 26).

S pomočjo raziskave smo želeli odgovoriti na zastavljena raziskovalna vprašanja ter s tem preučiti, v kolikšni meri se medicinske sestre zavedajo lastne profesionalne in etične odgovornosti v odnosu do pacientove zasebnosti oziroma njegove intimnosti. Prav tako smo želeli raziskati morebitna odstopanja v praksi pri izvajanju zdravstvene nege in zagotavljanju intimnosti glede na razpoložljiva delovna sredstva in delovne pogoje.

Povsem jasno nam je, da se vsi, ki opravljajo poklic medicinske sestre, zavedajo svoje odgovornosti, tako etične kot tudi profesionalne ter da je za opravljanje takega poklica potrebno znanje. Z raziskavo smo tako želeli ugotoviti, v kolikšni meri so medicinske sestre poučene na področju etične in profesionalne odgovornosti. V drugem sklopu smo za ta namen postavili pet vprašanj, pri katerih so najbolj presenetili odgovori glede poznavanja področij in načel Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Zgolj slaba polovica anketirancev je odgovorila, da Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov obravnava 4 področja ter ima 9 načel. Podobne rezultate dobimo tudi pri Peternel (2013, str. 24), v kateri je zgolj 69,2 % anketirancev pravilno odgovorilo koliko načel ima kodeks etike, zgolj 58,1 % anketirancev pa je podalo

pravilne odgovore na vprašanja o številu sklopov, v katera so načela razdeljena. Glede na to, da je Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije temelj zdravstvene nege, se morajo medicinske sestre ravnati po načelih strokovnega ravnanja ter odkloniti vsak poseg, ki bi po njihovem strokovnem in etičnem prepričanju lahko bil za pacienta neetičen ali škodljiv. Glede na to, da se anketiranci zavedajo pomena znanja pri tem, da je medicinska sestra, ki deluje etično, odgovorna ter pri opravljanju svojega poklica v okviru svoje strokovne usposobljenosti samostojna, neodvisna in za svoje delo odgovorna pred svojo vestjo, pacientom in družbo, bi morali anketiranci poznati tudi temeljno sestavo Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Terseglav (2011, str. 42) sicer na primeru Splošne bolnišnice Jesenice ugotavlja, da so s Kodeksom medicinske sestre očitno dobro seznanjene, vendar pri tem izpostavi povezavo z dolžino izobraževanja. Meni, da z leti in delovnimi izkušnjami narašča zavest o pomembnosti poznavanja lastnega Kodeksa etike. Pri tem se navezujemo na raziskavo Černoge (2009, str. 227), v kateri avtorica poudarja, da je za boljše poznavanje, razumevanje vsebine in vrednosti kodeksa ter upoštevanje načel pri delovanju medicinske sestre, potrebno dodatno izobraževanje. Teme izobraževanja naj bi bila etična načela, ki jih vsebuje poklicni kodeks, etične dileme ter dejansko delovanje medicinske sestre v praksi.

Ugotovili smo, da so anketiranci izjemno poučeni o etični in profesionalni odgovornosti, saj so na vprašanja, ki se nanašajo na etične odločitve in opravljanje poklica v okviru strokovne usposobljenosti, skoraj v celoti odgovorili pravilno. Slabši rezultati se kažejo pri poznavanju strukture Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov vendar to lahko argumentiramo z dejstvom, ki ga navaja Peternel (2013, str. 36), da Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov ne uporabljamo oziroma ne prebiramo pogosto. Za rezultate v naši raziskavi je pri tem pomembno omeniti, da za te spremenljivke nismo ugotovili statistično značilne povezanosti s starostjo, stopnjo izobrazbe oziroma z delovno dobo.

V drugem sklopu smo z vprašanji ugotavljali tudi, kakšno je mnenje anketiranih medicinskih sester o varovanju podatkov in zagotavljanju intimnosti na njihovem oddelku. Skoraj vsi anketiranci sicer menijo, da imajo dovolj znanja, da lahko zagotavljajo pravice pacienta do zasebnosti, vendar se v praksi kaže, da ta pravica ni

povsem zagotovljena. Več kot polovica anketirancev meni, da so osebni podatki pacientov na njihovem oddelku dovolj varovani. Prav tako več kot polovica anketirancev meni, da so pacienti dovolj seznanjeni s svojimi pravicami. Seznanjenost pacientov s svojimi pravicami potrjuje skladno z našimi odgovori v svoji raziskavi tudi Šparovec (2009, str. 58) ter izpostavi, da se osveščenost o pravicah in varovanju osebnih podatkov pri pacientih povečuje. Poleg tega opozori tudi na neobremenjenost v zvezi s tem v času zdravljenja s strani pacientov. Medoš (2004, str. 317) pa po drugi strani ugotavlja nasprotno in meni, da se pacienti morda ne zavedajo v celoti svojih pravic. Večine anketirancev namreč ni motilo, da se temperaturni listi v času obiskov nahajajo ob posteljah, kjer jih lahko prebere vsak. V tem primeru gre za kršitev zasebnosti, tega dejstva pa niso upoštevali niti pri vprašanju, ali je pravica do zasebnosti dovolj varovana. Ljudje smo si sicer zelo različni glede prepričanj in stališč o zasebnosti. Tu je pomembna individualna obravnava in spoštovanje omenjenega stališča pri posamezniku. Ferkulj (2011, str. 107) pa konkretno opozori na doktrino, ki velja v UKCL, da vsak pacient ob sprejemu dobi Informativno knjižico o pravicah in dolžnostih. Na podlagi rezultatov v Nacionalni anketi o izkušnjah odraslih pacientov v akutni bolnišnici iz leta 2010 pa je bilo kar 75 % bolnikov, ki so se zdravili v UKCL, seznanjenih s pravicami in dolžnostmi.

V primerjavi z mnenjem anketirancev o varovanju osebnih podatkov pacientov pa so mnenja anketirancev o ohranjanju intimnosti pacienta na njihovem oddelku različna. Malo manj kot polovica anketirancev meni, da za ohranjanje intimnosti pacienta ni vedno dobro poskrbljeno in zgolj manj kot tretjina anketirancev meni, da je za ohranjanje intimnosti pacienta na njihovem oddelku dobro poskrbljeno.

Ugotovili smo, da imajo anketiranci dokaj enotno mnenje glede varovanja osebnih podatkov pacientov oziroma, da je na njihovem oddelku za to dobro poskrbljeno, vendar se njihovo mnenje močno razlikuje ravno pri ohranjanju intimnosti pacientov. Tu si niso dovolj enotni, da bi lahko ocenili ohranjanje intimnosti pacientov. Izpostavimo lahko zgolj to, da njihova mnenja potrjujejo, da se intimnost pri izvajanju zdravstvene nege v praksi ne more vedno zagotavljati oziroma zagotoviti. Tudi pri teh spremenljivkah nismo ugotovili statistično značilne povezanosti s starostjo, stopnjo izobrazbe oziroma z delovno dobo.

S posameznimi trditvami smo želeli ugotoviti tudi pogostost zagotavljanja zasebnosti in intimnosti. Na ta način smo želeli ugotoviti v kolikšni meri medicinske sestre svoje znanje o zasebnosti in intimnosti ter pacientovih pravicah prenašajo v prakso. Intimnost je del zasebnosti, zato smo želeli najprej ugotoviti pogostost zagotavljanja zasebnosti s strani anketirancev. Vsi anketiranci so se strinjali s tem, da mora medicinska sestra upoštevati ter spoštovati pravico pacienta do zasebnosti, še posebej, kadar gre za njegovo intimnost, upanje, strah in trpljenje. Rezultati so pokazali, da anketiranci najbolj pogosto zagotavljajo zasebnost pri medicinsko – tehničnih posegih, zdravstveni negi ter pri pogovoru s pacientom o zasebnih zadevah. Pacienta pogosto oziroma vedno tudi zaščitijo pred neželenimi pogledi. Najmanjša stopnja zagotavljanja zasebnosti pa se pokaže pri viziti. Pri odgovorih so anketiranci izhajali iz lastnega dela na svojem oddelku. Po visokem deležu stopnje zagotavljanja zasebnosti bi lahko rekli, da je zasebnost pacientov v veliki meri zagotovljena, vendar se to ne ujema z njihovim mnenjem o ohranjanju intimnosti (zgolj 28 % jih meni, da je na njihovem oddelku za to dobro poskrbljeno). Na podlagi tega lahko sklepamo, da anketiranci dejansko zagotavljajo pacientu zasebnost vedno, ko je to le mogoče, oziroma se zavedajo, kaj pomeni zasebnost pacienta in kako jo morajo zagotoviti, vendar menimo, da jim tega delovne okoliščine ne dopuščajo vedno izvajati v celoti. Ferkulj (2011, str. 108) za UKCL prikaže podobne rezultate, ki kažejo, da medicinske sestre pogosto (51 %) zagotovijo pacientu zasebnost pri pogovoru, viziti in posegih, vedno pa to uspe 27 % vprašanih. Medoš (2005, 318) pa na primer ugotavlja, da so anketiranci v Splošni bolnišnici Izola grajali večinoma organizacijske in prostorske nepravilnosti in ne toliko odnos in strokovnost osebja.

Z vidika zagotavljanja intimnosti pa je pomembno izpostaviti to, da so do pacientov spoštljivi, prijazni in odgovorni ter vsakemu pacientu pri zdravstveni negi izkazujejo spoštovanje ter intimnost zagotavljajo s profesionalnostjo. Pri delu svoje znanje o zagotavljanju intimnosti aplicirajo tudi v prakso. Rezultati so tako pokazali, da je stopnja zagotavljanja pacientove intimnosti s strani medicinskih sester na zelo visoki ravni, anketiranci pa svoje znanje o zasebnosti oziroma intimnosti prenašajo tudi v prakso oziroma skušajo zasebnost in intimnost v veliki meri pacientu tudi zagotoviti.

Pri spremenljivkah, s katerimi smo ugotavljali stopnjo zagotavljanja zasebnosti in intimnosti v praksi, smo ugotovili, da starejši anketiranci in anketiranci z daljšo delovno

dobo pri izvajanju zdravstvene nege pacientu redkeje zagotovijo zasebnost. Anketiranci z nižjo stopnjo izobrazbe pa pri opravljanju posegov pogosteje zagotovijo zasebnost in intimnost pacientu.

Pri izvajanju in zagotavljanju intimnosti so zaupanje, spoštovanje, moč in empatija, kot komponente intimnosti, ključnega pomena. Želeli smo ugotoviti, kakšen pomen pripisujejo anketiranci posameznim komponentam pri izvajanju in zagotavljanju intimnosti. Anketiranci so kot glavno komponento pri zagotavljanju intimnosti pri izvajanju zdravstvene nege izpostavili spoštovanje, pri čemer se je pokazalo, da anketiranci pri zagotavljanju intimnosti primarno spoštujejo pacienta, ne glede na njegov socialni in ekonomski status, osebnostne lastnosti ali vrsto zdravstvenih težav. Na drugo mesto so postavili zaupanje, kar pomeni, da se zavedajo, koliko je v času izvajanja zdravstvene nege, ko je pacient v ranljivem položaju, pomembno in ključno vzpostaviti zaupanje med medicinsko sestro in pacientom. Temu je sledila empatija, s čimer so anketiranci pokazali, da se zavedajo razumevanja pacientove situacije, perspektive in občutkov. Najmanj so se strinjali s tem, da ima medicinska sestra zaradi strokovnega znanja in dostopa do privilegiranih informacij v sistemu zdravstvenega varstva, večjo moč kot pacient. Naši rezultati se ujemajo z rezultati Stavropoulou in sodelavcev (2012, str. 489), po katerih grške medicinske sestre enačijo koncept intimnosti s konceptom spoštovanja, Memarian in sodelavci (2007, str. 211) pa ugotavljajo, da lahko vzpostavitev učinkovitega odnosa s pacienti zadovolji pacientove potrebe. Medicinske sestre se v takem primeru počutijo koristne in učinkovite za paciente, samospoštovanje in spoštovanje drugih pa s tem vpliva tudi na etično in moralno delovanje. Kljub temu, da se zavedajo pomembnosti spoštovanja, pa Mlinar in Bohinc (2008 povz. po Černoga 2009, str. 225) izpostavita prav nespoštovanje intimnosti pacienta kot najpogostejši etični problem, s katerim se soočajo študentje/ke na klinični praksi.

Ugotovili smo, da anketiranci koncept intimnosti enačijo s konceptom spoštovanja, kar se tudi ujema z njihovimi trditvami, da so do pacientov spoštljivi in prijazni ter da jim pri izvajanju zdravstvene nege izkazujejo spoštovanje. Na ta način anketiranci tudi zagotavljajo intimnost pacientom.

Na tej točki moramo opozoriti na nekatera razhajanja pri pridobljenih rezultatih, ki na eni strani kažejo visoko stopnjo zagotavljanja pacientove intimnosti, kar pa je po drugi strani v nasprotju z njihovim mnenjem, da na njihovem oddelku ni dobro zagotovljena intimnost. Černoga (2009, str. 225) sicer izpostavi, da na kakovostno zdravstveno nego in razvoj kompetenc vplivajo tako notranji kot zunanji dejavniki. Med notranjimi so zelo pomembni znanje, veščine, etična občutljivost, spoštovanje sebe in drugih, medsebojni odnosi, zanimanje za delo in odgovornost za izid opravljenega dela. Med zunanjimi pa so pomembni predvsem učinkovito vodenje, podpora s strani vodje, licenca za opravljanje dela ter učinkovit izobraževalni sistem in ustrezna tehnologija. Memarian in sodelavci (2007, str. 211) so prišli do ugotovitev, da zunanji dejavniki vplivajo na notranje dejavnike oziroma na osebne značilnosti medicinskih sester. Medicinske sestre ne morejo uporabiti svojega znanja, če organizacijska struktura v sistemu zdravstvenega varstva ni ustrezna. Udeleženci te raziskave so večkrat poudarili, da je potrebna učinkovita kontrola, nadzor in upravljanje sistemov, saj bi to neposredno vplivalo na zdravstveno usposobljenost.

Z raziskavo smo želeli izpostaviti tudi morebitno napačno ravnanje s strani zdravstvenega osebja, katerega so anketiranci mogoče opazili pri delu svojih sodelavcev. Pregled pacienta pred drugimi pacienti se je izpostavil kot najpogostejša kršitev na področju zagotavljanja intimnosti. Temu sledi pogosto neustrezno naslavljanje ter tudi to, da pri izvajanju zdravstvene nege pacientom ne zagotovijo zasebnosti. Anketiranci tudi menijo, da sodelavci pogosto posredujejo informacije o pacientovem stanju brez njegovega dovoljenja, da s pacienti ne komunicirajo na profesionalni ravni ter da ne upoštevajo želja in potreb pacienta. Dogaja se tudi to, da do pacientov niso spoštljivi. Opozoriti moramo, da njihova opažanja ne pomenijo, da se to dogaja vedno, ampak včasih. Prav tako je že zelo velik odstotek anketirancev opozoril svoje sodelavce, da so pri svojem delu napačno ravnali. Ponovno lahko izpostavimo, da se anketiranci zavedajo napačnega ravnanja in o tem tudi opozarjajo, vendar kljub temu prihaja do tega. Tudi Woogara (2005) je izpostavil podobne probleme in napačna ravnanja, Černoga (2009, str. 225) pa izpostavi, da na to vplivajo številni dejavniki v okolju. Medicinske sestre pri spoštovanju etičnih načel ovirajo predvsem dejavniki kot so pomanjkanje časa, preveliko število posteljnih enot, osebni problemi medicinskih

sester, nesramni in fizično nasilni pacienti, pomanjkanje materiala, slabi odnosi med zaposlenimi, avtoriteta zdravnika, nekakovostno opravljeno delo, pomanjkanje kadra, neetičen tim ter pomanjkljivo znanje medicinskih sester.

Podobne ovirajoče dejavnike so zaznali tudi naši anketiranci, ki menijo, da bi večjo intimnost lahko pacientom zagotovili že s preureditvijo prostorov oziroma z manjšimi sobami, v katerih bi bilo manj postelj, vsakemu pacientu pa bi bila dodeljena tudi zavesa. Prav tako so mnenja, da bi večjo intimnost zagotovili z manjšim številom obiskov v sobah. Za informacije bi bilo potrebno narediti poseben prostor, saj anketiranci menijo, da hodnik ni primeren prostor za podajanje informacij o zdravstvenem stanju pacienta. Strinjajo se s tem, da je v večjih ustanovah težje zagotoviti intimnost v celoti, vendar se zavedajo tudi, da so prostorsko omejeni in da ni dovolj zaposlenega kadra ter ustrezne opreme, s katero bi lahko zagotovili intimnost. Izpostavljajo torej, da so potrebni bolj optimalni delovni pogoji in da bi bilo potrebno manj birokracije. Poleg tega pa v veliki meri izpostavljajo tudi več potrebnega izobraževanja na tem področju ter več delavnic glede etike tekom službovanja. Deutsch in Becker (2006, str. 4) prav tako opozarjata na prostorsko urejenost v bolnišnicah. Bolnišnični prostori, ki nudijo neposredno fizično oskrbo pacientov in posredovanje zaupnih ali osebnih podatkov pacientov, morajo biti zasnovani tako, da lahko najbolje zaščitijo zasebnost pacienta. Meni, da se številnim kršitvam pacientove zasebnosti tako lahko izognemo s preprostimi prostorskimi rešitvami, ki lahko zagotovijo zasebnost pred, med in po zdravstvenem posegu, kot tudi v času komuniciranja s pacientom o njegovem zdravstvenem stanju. Ulrich in sodelavci (2010) pa so z raziskavo med 442 medicinskimi sestrami v Združenih državah Amerike izpostavili, da je pomanjkanje kadra najbolj pereč problem pri zagotavljanju etičnih standardov in strokovne prakse. Pomanjkanje osebja ter druge organizacijske in sistemske ovire lahko preprečujejo medicinskim sestram izvajanje njihovih primarnih odgovornosti, vključno z zaščito pacientovih pravic, lajšanjem trpljenja ter ohranjanjem njihove lastne integritete. Ferkulj (2011, str. 108) na primeru UKCL izpostavi, da medicinske sestre največkrat navajajo, da nimajo možnosti zagotoviti zasebnost bolnikov, ker so bolniške sobe prenatrane, ker je na viziti pogosto veliko ljudi, vključno s študenti, ki so vključeni v proces izobraževanja in glasno govorijo o diagnozah in prognozah zdravljenja. Vsekakor pa bi

se zdravstveni delavci morali bolj potruditi pri vsakodnevnem delu, da zagotovijo vsakemu bolniku največjo možno mero zasebnosti glede na okoliščine, v katerih delajo. Z raziskavo se je izkazalo, da med spoloma ni statistično značilnih razlik v odgovorih pri nobenem od vprašanj z lestvico, vendar je potrebno rezultate zaradi majhnega števila moških oseb v vzorcu ($n = 17$) upoštevati nekoliko z zadržkom. Pri starejših anketirancih smo ugotovili, da veliko bolj od ostalih menijo, da drugi sodelavci pogosteje pri izvajanju zdravstvene nege ne zagotovijo zasebnosti. Menimo, da je to povezano tudi z daljšo delovno dobo in opažajo morebitne napake pri delovanju mlajših sodelavcev. Po lastni samooceni pa bolj pogosto zagotavljajo zasebnost pacientu tiste medicinske sestre, ki imajo nižjo stopnjo izobrazbe. To se sicer lahko močno razlikuje od dejanskega stanja. Rezultati kažejo, da se z daljšanjem delovne dobe zmanjšuje prizadevanje pri omejevanju zlorab pacientovih pravic, vzpostavljanje dobrih odnosov za zagotavljanje intimnosti, zmanjšuje pa se tudi upoštevanje tega, da se o zdravstvenem stanju pacienta z njim pogovorijo na samem. Tako kot pri starosti, pa tudi pri tistih z daljšo delovno dobo velja, da pri izvajanju zdravstvene nege pacientu redkeje zagotovijo zasebnost. Pri preostalih spremenljivkah nismo ugotovili statistično značilne povezanosti s starostjo, stopnjo izobrazbe oz. z delovno dobo.

4 ZAKLJUČEK

Etična in profesionalna odgovornost medicinske sestre pri zagotavljanju intimnosti pacienta je pomemben del zdravstvene nege, saj je vsak poseg v pacientovo intimnost tudi poseg v njegovo identiteto. Pacient se mora zavedati, da se z vstopom v zdravstveno ustanovo lahko delno posega v njegovo zasebnost in intimnost, zdravstveno osebje pa se mora potruditi, da ta poseg čim bolj omeji. Posameznikovi intimni deli so za vsakega izmed nas občutljiv del. Prav tako ne želimo, da vsi vedo za naše zdravstveno stanje. Medicinske sestre bi se tako morale postaviti v vlogo pacienta ter ravnati z njim tako, kot bi same želele, da se z njimi ravna, če bi bile na njihovem mestu.

Z raziskovalno nalogo smo sicer ugotovili, da anketiranci v veliki meri zagotavljajo pacientom zasebnost in intimnost, da se zavedajo etične in profesionalne odgovornosti pri zagotavljanju intimnosti pacientov ter da svoje znanje s tega področja prenašajo tudi v prakso. Pri starejših anketirancih z daljšo delovno dobo se je pokazalo, da v manjši meri zagotavljajo zasebnost in intimnost. Takega rezultata nismo pričakovali, saj zagotavljanje intimnosti zahteva strokovno znanje, ki se ga medicinske sestre naučijo v daljšem časovnem obdobju. Iz tega lahko sklepamo, da je razlog v pomanjkanju dodatnega izobraževanja. Lahko pa pomeni tudi, da bolj kritično ocenjujejo razmere v bolnišnici.

Konstantno izobraževanje na področju etične in profesionalne odgovornosti je za medicinsko sestro nujno potreben, saj se tako lahko posledično tudi zmanjšajo napačna ravnanja na področju zagotavljanja intimnosti, ki so očitno še vedno prisotna v praksi.

Ne glede na ves trud, sočutje, empatijo ter poznavanje etične in profesionalne odgovornosti, se morajo medicinske sestre zavedati svojega položaja in funkcije v veliko širšem pomenu. Menimo, da bi bilo potrebno mnenja medicinskih sester prenesti tudi v prakso. Potrebno je izhajati z njihovega vidika, kako same opažajo delovne pogoje in napake v sami praksi. Zdravstveni sistem bi moral biti veliko bolj dovzeten za take predloge, saj je vidno, da medicinske sestre konstantno izpostavljajo iste probleme – pomanjkanje kadra, prostorsko urejenost, razpoložljivost potrebnih sredstev ter potrebo po dodatnem izobraževanju. Dokler se omenjeni problemi ne bodo omejili ali zmanjšali, ne vidimo možnosti za zagotavljanje intimnosti v celoti.

5 LITERATURA

Berkopec M. Odgovornost v perioperativni zdravstveni negi. In: Berkopec M, ed. Odgovornost v zdravstveni negi: zbornik predavanj, Novo mesto, 19. - 20. januar 2012. Novo mesto: Splošna bolnišnica, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Visoka šola za zdravstvo; 2012: 35 – 40.

Brodarič M. Etični vidik nepravilnosti v zdravstveni negi. In: Podhostnik A, ed. Napake v zdravstveni negi: zbornik predavanj, Dolenjske Toplice, 24. – 25. januar 2013. Novo mesto: Visoka šola za zdravstvo; 2013: 15 – 21.

Cencič M. Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo; 2009.

Chan CYZ, Chan WSV, Tse KMJ. Therapeutic Relationship Between Male Nursing Students and Female Patients. *Am J Mens Health*. 2013;XX(X):1–10.

Chur-Hansen A. Preferences for female and male nurses: the role of age, gender and previous experience – year 2000 compared with 1984. *J Adv Nurs*. 2002;37(2):192–8.

Černoga A. Profesionalna in etična odgovornost medicinske sestre. *Obzor Zdr N*. 2009;43(3):223–8.

Deutsch L, Becker F. Preserving Privacy While Ensuring Access, Safety and Communication. Design Challenges in Radiation Medicine at Cayuga Medical Center. *The Organizational Ecology of Healthcare Environments*: 2006. Dostopno na: http://iwsp.human.cornell.edu/file_uploads/CMCprivacy_1255458041.pdf (14. 01. 2014).

Drinovec J. Profesionalizem in zdravnik. *Zdrav vestn*. 2002;71:751–6.

Ferkulj S. Pravica pacienta do zasebnosti v zdravstveni obravnavi: [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2011.

Filipčič K. Pravna odgovornost medicinske sestre za poslabšanje zdravja in izdajo poklicne skrivnosti. *Obzor Zdr N*. 2002;36:15–21.

Fošnarič L. Etični in kazenski vidik napak v zdravstveni negi: [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2010.

Good Practice Guidelines for Chaperoning & Intimate Patient care. POVA, MCA and DOLS Operational Group; 2011. Dostopno na: <http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/863/Chaperoning%20Policy.pdf> (13. 01. 2014).

Grbec V. 10 let kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov: od medicinske etike do etike v zdravstveni negi. Obzor Zdr N. 2004;38(2):183–6.

Horjak M. Patronažna medicinska sestra in profesionalna etika: [diplomsko delo]. Maribor : Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2008.

Inoue M, Chapman R, Wynaden D. Male nurses' experiences of providing intimate care for women clients. J Adv Nurs. 2006;55(5):559 – 67.

Ivanjko Š. Morala in etika v zdravstvu. In: Kokol P, Rijavec V, eds. Pacientove pravice in dolžnosti: zbornik predavanj z recenzijo. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2009: 43 – 51. Dostopno na: <http://dkum.uni-mb.si/Dokument.php?id=9170> (20.09.2013).

Jackson A, Irwin W. Dignity, humanity and equality: Principle of Nursing Practice A. Nursing Standard. 2011;25(28):35–7.

Janežič K, Klemenčič S. Spoštovanje človekove osebnosti in dostojanstva v zdravstveni negi. In: Berkopec M, ed. Vrednote v zdravstveni negi: zbornik predavanj, Novo mesto, 21. – 22. januar 2010. Novo mesto: Splošna bolnišnica, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Visoka šola za zdravstvo; 2010: 153 – 6.

Karro J, Dent WA, Farish S. Patient perceptions of privacy infringements in an emergency department. Emerg Med Australas. 2005;17:117-23.

Klemenc D. Medicinska sestra – zagovornica pacientovih pravic. Obzor Zdr N. 2004;38:287–96.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije; 2005.

Kopčavar – Guček N. Etika in odnosi znotraj zdravstvenega tima. In: Kersnik J, ed. Etika v družinski medicine: zbornik predavanj, Ljubljana, 2003. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD; 2003: 49 – 54.

Korošec T. Varovanje zdravstvenih podatkov v Sloveniji: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; 2008.

Lachman VD. Applying the Ethics of Care to Your Nursing Practice. *Medsurg Nurs.* 2012;21(2):112–5.

Lešnik A. Pacientove pravice in njihova aplikacija v prakso: [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2010.

Maček M. Etika in vprašanja v razmislek. In: Požarnik T, ed. Etika v perioperativni zdravstveni negi: zbornik predavanj, Ljubljana, 2. december 2011. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011: 7 – 13.

Maze H. Znanje, spretnosti in veščine medicinskih sester – temelji za premagovanje pravno-etičnih dilem. In: Kvas A, ed. Pravno-etične dileme – izziv za profesijo zdravstvene nege: zbornik predavanj, Vrhnika, 16. oktober 2009. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kardiologiji in angiologiji; 2009: 19 – 24.

Maze H, Plank D. Zdravstvena nega in raziskovanje – skripta predavanj za študijsko leto 2012/2013. Celje: Visoka zdravstvena šola v Celju; 2012.

Medoš T. Upoštevanje etičnih načel kodeksa zdravstvene nege v splošni bolnišnici Izola. *Obzor Zdr N.* 2004; 38: 313 – 8.

Memarian R, Salsali M, Vanaki Z, Ahmadi F, Hajizadeh E. Professional Ethics as an Important Factor in Clinical Competency in Nursing. *Nursing Ethics*. 2007; 14(2):203-14.

Mlinšek A. Etičnost razmišljanja in diskriminacija v zdravstveni negi. *Revija za univerzalno odličnost*. 2012;1(1):20–9.

O'Lynn C, Krautscheid L. 'How Should I Touch You?': A Qualitative Study of Attitudes on Intimate Touch in Nursing Care. *Am J Nurs*. 2011;111(3):24–31.

Peternel S. Etika v praksi zdravstvene nege – akcijska raziskava etičnega delovanja na primeru splošne bolnišnice: [diplomsko delo]. Jesenice: Visoka šola za zdravstven nego; 2013.

Picco E, Santoro R, Garrino L. Dealing with the patient's body in nursing: nurse's ambiguous experience in clinical practice. *Nurs Inq*. 2010;17(1):39–46.

Practice standard: Ethics. Ontario: College of Nurses of Ontario; 2009. Dostopno na: http://www.cno.org/Global/docs/prac/41034_Ethics.pdf (09.02.2014).

Rebolj Z. Odgovornost v zdravstveni negi. In: Berkopec M, ed. *Odgovornost v zdravstveni negi: zbornik prispevkov*, Novo mesto, 19. – 20. januar 2012. Novo mesto: Splošna bolnišnica, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Visoka šola za zdravstvo; 2012: 5 – 7.

Robida A. Kako priti do večje varnosti pacientov. In: Kramar Z, Kraigher A, ed. *Učimo se varnosti od najboljših: zbornik prispevkov*, Gozd Martuljek, 22. – 24. april 2010. Jesenice: Splošna bolnišnica; 2010: 46 – 54.

Sasso L, Stievano A, Jurado MG, Rocco G. Code of Ethics and Conduct for European Nursing. *Nurs Ethics*. 2008;15(6):821-36.

Shahriari M, Mohammadi E, Abbaszadeh A, Bahrami M. Nursing ethical values and definitions: A literature review. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2013;18(1):1–8.

Skubic M, Zidarič Stanek T. Intimna nega med in po porodu – poseg v osebni intimni prostor ženske. In: Matič L, Fink A, Vettorazzi R. Intimna nega – anogenitalna nega v vseh življenjskih obdobjih: zbornik predavanj, Ljubljana, 9. junij 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v vzgoji in izobraževanju, 2010: 2 – 10.

Stavropoulou A, Kaba E, Obamwonyi VA, Adeosun I, Rovithis M, Zidianakis Z. Defining nursing intimacy: Nurses' perceptions of intimacy. *Health Science Journal*. 2012;6(3):479-95.

Šabjan L. Pomen poznavanja varovanja poklicne skrivnosti in posledice njene kršitve v zdravstveni negi: [magistrsko delo]. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2011.

Šmitek J. Pomen človekovega dostojanstva v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N*. 2006;40:23–35.

Šmitek J. Uporabnost teorij etike v zdravstveni negi. *Obzor Zdr N*. 2004;38:205–9.

Šparovec M. Varstvo osebnih podatkov pacientov v Univerzitetnem kliničnem centru: [diplomsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za upravo; 2009.

Terseglav K. Poklicna molčečnost in varovanje osebnih podatkov pacienta na področju zdravstvene nege: [diplomsko delo]. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011.

Tschudin, V. Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2004a.

Tschudin V. Strokovna, etična in pravna odgovornost: širša perspektiva. *Obzor Zdr N*. 2004b;38(1):1–5.

Ule M. Pomen empatije in dobre komunikacije z zdravstvenim osebjem za zdravje bolnika. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Kaučič B M, eds. Kako izboljšati odnos zdravstvenih delavcev v kliničnem okolju in študentov zdravstvene nege do

gerontologije ter dvigniti strokovni ugled do dela s starejšimi: zbornik prispevkov z recenzijo, Jesenice, 9. – 10. 2010. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2010: 17 – 23.

Ulrich CM, Taylor C, Soeken K, O'Donnell P, Farrar A, Danis M, et al. Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *J Adv Nurs*. 2010;66(11):2510-9.

Velepič M. Spoštovanje zasebnosti in dostojanstva onkoloških bolnikov. In: Matković M, Petrijevčanin B, eds. *Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkim pacientom: zbornik predavanj*, Maribor, 1. april 2011. Maribor: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011: 17 – 26.

Vrečer V. Zagotavljanje zasebnosti pri ginekoloških operativnih posegih. In: Rebernik Milič M, ed. *Zagotovimo varnost pacienta: zbornik predavanj*, Ljubljana, 24. november 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2006: 127 – 30.

Wikipedia: Cronbach's alpha. Dostopno na: http://en.wikipedia.org/wiki/Cronbach%27s_alpha (11.06.2014).

Woogara J. Patient's privacy of the Person and Human Rights. *Nurs Ethics*. 2005;12:273–87.

Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list Republike Slovenije št. 15/2008.

Zupančič V. Odgovornost za informirano delovanje in odzivnost v zdravstveni negi. In: Berkopec M, ed. *Odgovornost v zdravstveni negi: zbornik predavanj*, Novo mesto, 19. – 20. januar 2012. Novo mesto: Splošna bolnišnica, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, Visoka šola za zdravstvo; 2012: 114 – 27.

Železnik D. Obravnava pacientov s kroničnimi obolenji z vidika etika. In: Štemberger – Kolnik T, Majcen Dvoršak S. eds. *Medicinske sestre zagotavljamo varnost in uvajamo*

novosti pri obravnavi pacientov s kroničnimi obolenji: zbornik predavanj z recenzijo, Portorož, 12. maj 2010. Koper: Strokovno društvo medicinskih sester, zdravstvenih tehnikov in babic Koper; 2010: 17-23.

Žezlina M. Bolnikove pravice iz vidika zdravstvene nege. In: Trampuž R, ed. Kakovost zdravstvene nege: kako jo prenesti v prakso, Nova Gorica, 3. april 2004. Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2004: 13 – 20.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

Anketni vprašalnik o etični in profesionalni odgovornosti medicinskih sester pri zagotavljanju intimnosti pacientu

Spoštovani!

Sem študent Visoke šole za zdravstveno nego na Jesenicah in pripravljam diplomsko delo z naslovom "Etična in profesionalna odgovornost medicinske sestre pri zagotavljanju intimnosti pacientu." Namen je prikazati znanje in zavestno zavedanje medicinskih sester s področja zagotavljanja zasebnosti oziroma intimnosti slehernega pacienta v okviru etične in profesionalne odgovornosti.

V ta namen Vas vljudno prosim, da v celoti izpolnite anketni vprašalnik, ki je popolnoma anonimen. Rezultati se bodo uporabili izključno v raziskovalni namen diplomskega dela.

Za Vaše sodelovanje se Vam iskreno zahvaljujem.

Aleksander Šibarević

Pri vsakem vprašanju lahko obkrožite samo en odgovor.

I. SKLOP: DEMOGRAFSKI PODATKI

1. Spol:

- a) Moški
- b) Ženski

2. Starost:

- a) Do 20 let
- b) 21 – 30 let
- c) 31 – 40 let
- d) 41 – 50 let
- e) Nad 50 let

3. Izobrazba:

- a) Srednješolska
- b) Višja ali visokostrokovna
- c) Univerzitetna
- d) Drugo: _____

4. Delovna doba:

- a) 0 – 5 let
- b) 5 – 10 let
- c) 10 – 15 let
- d) 15 – 20 let
- e) Nad 20 let

II. SKLOP: ETIČNA IN PROFESIONALNA ODGOVORNOST

1. Zdravstvena nega temelji na Kodeksu medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Kakšen je namen etičnega kodeksa?

- a) To je pravni okvir, ki pomaga medicinskim sestram pri odločanju.
- b) To je uradna izjava za vrednote in ideale zdravstvene nege.
- c) To je politika, ki vodi prakso zdravstvene nege.

2. Koliko področij obravnava Kodeks medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov ter koliko načel ima?

- a) Obravnava 3 področja in ima 8 načel
- b) Obravnava 4 področja in ima 9 načel
- c) Obravnava 5 področij in ima 10 načel

3. Za sprejemanje etičnih odločitev je potrebno sodelovanje, komuniciranje in sporazum.

- a) Da
- b) Ne

6. Medicinska sestra, ki deluje etično, je:

- a) Brez vrednot
- b) Skrbna
- c) Odgovorna
- d) Prevzema tveganja

7. Medicinska sestra je pri opravljanju svojega poklica v okviru svoje strokovne usposobljenosti samostojna in neodvisna ter za svoje delo odgovorna pred svojo vestjo, pacientom in družbo.

- a) Da
- b) Ne

8. Ali menite, da imate dovolj znanja, da lahko zagotavljate pravico pacienta do zasebnosti?

- a) Da

- b) Ne
- c) Delno

9. Ali menite, da so osebni podatki pacientov na vašem oddelku dovolj varovani?

- a) Da
- b) Ne
- c) Ne vem

10. Ali menite, da so pacienti dovolj seznanjeni s svojimi pravicami?

- a) Da
- b) Ne

11. Ali menite, da je za ohranjanje intimnosti pacienta na vašem oddelku dobro poskrbljeno?

- a) Da
- b) Ne
- c) Ne vedno

III. SKLOP: IZVAJANJE IN ZAGOTAVLJANJE INTIMNOSTI

1. **Medicinska sestra upošteva ter spoštuje pravico pacienta do zasebnosti, še posebej, kadar gre za njegovo intimnost, upanje, strah, trpljenje ter bolečino.**

- a) Da
- b) Ne

2. **Na podlagi lastnega opravljanja dela ustrezno ocenite naslednje trditve.**

		Vedno 5	Pogosto 4	Včasih 3	Redko 2	Nikoli 1
1.	Pri pogovoru o zasebnih zadevah in boleznih pacientu zagotovim zasebnost.					
2.	Pri viziti pacientu zagotovim zasebnost.					
3.	Pri opravljanju posegov pacientu zagotovim zasebnost.					
4.	Ob izvajanju zdravstvene nege pacienta zaščiti pred neželenimi pogledi.					
5.	Ob opravljanju medicinsko-tehničnih posegov pacienta zaščitim pred neželenimi pogledi.					

3. **Pri izvajanju in zagotavljanju intimnosti so ključnega pomena posamezne komponente. Po lastni presoji ocenite pomembnost komponent po Likertovi lestvici od 1 do 5, pri čemer 1 pomeni se sploh ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – se niti ne strinjam niti strinjam, 4 – se strinjam in 5 – se popolnoma strinjam.**

	TRDITVE – KOMPONENTE	1	2	3	4	5
1.	V času zdravljenja je pacient v ranljivem položaju, zato je ZAUPANJE med medicinsko sestro in pacientom ključno.					
2.	Medicinska sestra mora pri zagotavljanju intimnosti primarno SPOŠTOVATI posameznika, ne glede na njegov socialni in ekonomski status, osebne lastnosti ali vrsto zdravstvenih težav.					
3.	Za medicinsko sestro je sposobnost EMPATIJE zelo pomembna saj mora razumeti pacientovo situacijo, perspektivo in občutke					
4.	Medicinska sestra ima zaradi strokovnega znanja in dostopa do privilegiranih informacij v sistemu zdravstvenega varstva večjo MOČ kot pacient.					
5.	Ob upoštevanju vseh komponent skupaj (zaupanje, spoštovanje, empatija, moč) lahko medicinska sestra zagotovi kvalitetno zdravstveno nego pacienta ter s tem tudi intimnost.					

4. Na podlagi Vaših izkušenj in lastnega dela ocenite naslednje trditve o zagotavljanju intimnosti po Likertovi lestvici od 1 do 5, pri čemer 1 pomeni se sploh ne strinjam, 2 – pomeni se ne strinjam, 3 – se niti ne strinjam niti strinjam, 4 – se strinjam in 5 – se popolnoma strinjam.

	TRDITVE	1	2	3	4	5
1.	Vsakemu pacientu pri izvajanju zdravstvene nege izkazujem spoštovanje.					
2.	Pri vsakem pacientu se prizadevam zaščititi njegove pravice.					
3.	Pri svojem delu si prizadevam omejiti zlorabo pacientovih pravic.					
4.	Pri svojem delu skušam ustreči pacientovim potrebam.					
5.	Do pacientov sem spoštljiva, prijazna in odgovorna.					
6.	Svoje znanje o zagotavljanju intimnosti apliciram v prakso.					
7.	Intimnost zagotavljam s profesionalnostjo.					
8.	Z dobrim odnosom do pacienta lahko zagotovim intimnost.					
9.	Pri zagotavljanju intimnosti se ravnam po etičnih načelih.					
10.	Intimnost zagotovim ne glede na razmere delovnega okolja.					
11.	Zaradi razmer v delovnem okolju ne morem vedno zagotoviti intimnosti.					
12.	Za popolno zagotovitev intimnosti nam primanjkuje osebja.					
13.	Zaupne podatke pacienta uporabljam samo v delovnem okolju.					
14.	O zdravstvenem stanju pacienta se z njim pogovorim na samem.					
15.	Določene informacije posredujem svojcem le, če je pacient to odobril.					
16.	Vedno poskrbim, da intimni deli pacienta niso vidni drugim.					
17.	Pacientu omogočim pravico do zasebnosti pri izvajanju zdravstvene nege.					

IV. SKLOP: KRŠITVE NA PODROČJU ZAGOTAVLJANJA INTIMNOSTI

1. Ocenite morebitno napačno ravnanje, ki ga opazate pri delu svojih sodelavcev.

	NAPAČNO RAVNANJE	VEDNO 5	POGOSTO 4	VČASIH 3	REDKO 2	NIKOLI 1
1.	Sodelavci posredujejo informacije o pacientovem stanju brez njegovega dovoljenja.					
2.	Sodelavci ne upoštevajo želj in potreb pacienta.					
3.	Sodelavci paciente ne naslavljajo ustrezno (ga./g. in priimek).					
4.	Sodelavci pregledajo pacienta tudi pred drugimi pacienti.					
5.	Pri izvajanju zdravstvene nege jim ne zagotovijo zasebnosti.					
6.	S pacienti ne komunicirajo na profesionalni ravni.					
7.	Do pacientov niso spoštljivi.					

2. Ali ste kdaj sodelavca opozorili, da je napačno ravnal na delovnem mestu in ste to tudi sami opazili?

- a) Da
- b) Ne
- c) Opozarjati na napačno ravnanje ni moje delo.

3. So se pacienti že kdaj pritožili nad vašim ravnanjem v zvezi z zagotavljanjem intimnosti?

- d) Da, zakaj: _____
- e) Ne, zakaj ne: _____

4. Kakšni so vaši predlogi za morebitne spremembe oziroma, kako bi kršitve pravic do zasebnosti pacientov čim bolj omejili?

6.2 MATRIKA PODATKOV

Priloga 2: SPSS izpis (t-test za neodvisne vzorce)

Group Statistics

	Spol:	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pri pogovoru o zasebnih zadevah in boleznih pacientu zagotovim zasebnost.	Moški	17	2,06	1,088	,264
	Ženski	68	2,03	,880	,107
Pri viziti pacientu zagotovim zasebnost.	Moški	17	2,82	1,425	,346
	Ženski	63	2,86	1,229	,155
Pri opravljanju posegov pacientu zagotovim zasebnost.	Moški	17	1,76	,664	,161
	Ženski	68	1,85	,758	,092
Ob izvajanju zdravstvene nege pacienta zaščitim pred neželenimi ogledi.	Moški	17	1,76	1,147	,278
	Ženski	68	1,76	,866	,105
Ob opravljanju medicinsko - tehničnih posegov pacienta zaščitim pred neželenimi pogledi.	Moški	17	1,82	,951	,231
	Ženski	68	1,72	,688	,083
V času zdravljenja je pacient v ranljivem položaju, zato je ZAUPANJE med medicinsko sestro in pacientom ključno.	Moški	17	4,65	,493	,119
	Ženski	68	4,71	,490	,059
Medicinska sestra mora pri zagotavljanju intimnosti primarno SPOŠTOVATI posameznika, ne glede na njegov socialni in ekonomski status, osebnostne lastnosti ali vrsto zdravstvenih težav.	Moški	17	4,65	,493	,119
	Ženski	68	4,79	,442	,054
Za medicinsko sestro je sposobnost EMPATIJE zelo pomembna saj mora razumeti pacientovo situacijo, perspektivo in občutke.	Moški	17	4,53	,624	,151
	Ženski	68	4,59	,553	,067
Medicinska sestra ima zaradi strokovnega znanja in dostopa do privilegiranih informacij v sistemu zdravstvenega varstva večjo MOČ kot pacient.	Moški	17	4,06	1,144	,277
	Ženski	68	3,65	1,156	,140
Ob upoštevanju vseh komponent skupaj (zaupanje, spoštovanje, empatija, moč) lahko medicinska sestra zagotovi kvalitetno zdravstveno nego pacienta ter s tem tudi intimnost.	Moški	17	4,53	,514	,125
	Ženski	68	4,47	,722	,088
Vsakemu pacientu pri izvajanju zdravstvene nege izkazujem spoštovanje.	Moški	17	4,59	,618	,150
	Ženski	67	4,66	,617	,075
Pri vsakem pacientu se prizadevam zaščititi njegove pravice.	Moški	17	4,53	,717	,174
	Ženski	68	4,50	,586	,071
Pri svojem delu si prizadevam omejiti zlorabo pacientovih pravic.	Moški	17	4,24	,831	,202
	Ženski	68	4,59	,604	,073
Pri svojem delu skušam ustreči pacientovim potrebam.	Moški	17	4,59	,618	,150
	Ženski	68	4,47	,610	,074
Do pacientov sem spoštljiv - a, prijazna in odgovorna.	Moški	17	4,65	,493	,119
	Ženski	68	4,75	,436	,053
Svoje znanje o zagotavljanju intimnosti apliciram v prakso.	Moški	17	4,53	,624	,151
	Ženski	68	4,60	,577	,070
Intimnost zagotavljam s profesionalnostjo.	Moški	17	4,41	,712	,173
	Ženski	68	4,62	,519	,063
Z dobrim odnosom do pacienta lahko zagotovim intimnost.	Moški	17	4,47	,717	,174
	Ženski	67	4,45	,724	,088
Pri zagotavljanju intimnosti se ravnam po etičnih načelih.	Moški	17	4,35	,702	,170
	Ženski	68	4,47	,680	,082
Intimnost zagotovim ne glede na delovne razmere.	Moški	17	3,76	,752	,182
	Ženski	68	3,97	,914	,111
Zaradi razmer v delovnem okolju ne morem vedno	Moški	17	4,24	,970	,235

Group Statistics

	Spol:	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
zagotoviti intimnosti.	Ženski	68	4,12	,955	,116
Za popolno zagotovitev intimnosti nam primanjkuje osebja.	Moški	17	4,06	,899	,218
	Ženski	68	3,78	1,157	,140
Zaupne podatke pacienta uporabljam samo v delovnem okolju.	Moški	17	4,65	,702	,170
	Ženski	68	4,66	,536	,065
O zdravstvenem stanju pacienta se z njim pogovorim na samem.	Moški	17	3,94	,827	,201
	Ženski	68	3,93	,903	,110
Določene informacije posredujem svojcem le, če je pacient to odobril.	Moški	17	4,06	,827	,201
	Ženski	68	3,88	1,191	,144
Vedno poskrbim, da intimni deli pacienta niso vidni drugim.	Moški	17	4,47	,717	,174
	Ženski	68	4,46	,584	,071
Pacientu omogočim pravico do zasebnosti pri izvajanju zdravstvene nege.	Moški	17	4,47	,717	,174
	Ženski	68	4,35	,664	,081
Sodelavci posredujejo informacije o pacientovem stanju brez njegovega dovoljenja.	Moški	16	3,50	,816	,204
	Ženski	68	3,74	,956	,116
Sodelavci ne upoštevajo želj in potreb pacienta.	Moški	16	3,94	,929	,232
	Ženski	68	3,81	,950	,115
Sodelavci paciente ne naslavljajo ustrezno (ga./g. in priimek).	Moški	16	3,56	1,209	,302
	Ženski	68	3,68	,999	,121
Sodelavci pregledajo pacienta tudi pred drugimi pacienti.	Moški	16	3,38	,957	,239
	Ženski	68	3,37	,929	,113
Pri izvajanju zdravstvene nege jim ne zagotovijo zasebnosti.	Moški	15	3,73	1,033	,267
	Ženski	67	3,64	,900	,110
S pacienti ne komunicirajo na profesionalni ravni,	Moški	16	3,69	1,078	,270
	Ženski	67	3,81	,909	,111
Do pacientov niso spoštljivi.	Moški	16	4,13	1,025	,256
	Ženski	67	4,10	,855	,104

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Pri pogovoru o zasebnih zadevah in boleznih pacientu zagotovim zasebnost.	Equal variances assumed	1,742	,191	,117	83	,907	,029	,251	-,469	,528
	Equal variances not assumed			,103	21,530	,919	,029	,285	-,562	,621
Pri viziti pacientu zagotovim zasebnost.	Equal variances assumed	,476	,492	-,097	78	,923	-,034	,348	-,726	,658
	Equal variances not assumed			-,089	22,840	,930	-,034	,379	-,817	,750
Pri opravljanju posegov pacientu zagotovim zasebnost.	Equal variances assumed	,087	,769	-,439	83	,662	-,088	,201	-,488	,311
	Equal variances not assumed			-,476	27,431	,638	-,088	,185	-,469	,292
Ob izvajanju zdravstvene nege pacienta zaščitim pred neželenimi ogledi.	Equal variances assumed	,704	,404	,000	83	1,000	,000	,251	-,500	,500
	Equal variances not assumed			,000	20,781	1,000	,000	,297	-,619	,619

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
Ob opravljanju medicinsko - tehničnih posegov pacienta zaščitim pred neželenimi pogledi.	Equal variances assumed	,052	,820	,509	83	,612	,103	,202	-,299	,505
	Equal variances not assumed			,420	20,374	,679	,103	,245	-,408	,614
V času zdravljenja je pacient v ranljivem položaju, zato je ZAUPANJE med medicinsko sestro in pacientom ključno.	Equal variances assumed	,288	,593	-,442	83	,660	-,059	,133	-,324	,206
	Equal variances not assumed			-,441	24,554	,663	-,059	,133	-,334	,216
Medicinska sestra mora pri zagotavljanju intimnosti primarno SPOŠTOVATI posameznika, ne glede na njegov socialni in ekonomski status, osebnostne lastnosti ali vrsto zdravstvenih težav.	Equal variances assumed	2,922	,091	-1,198	83	,234	-,147	,123	-,391	,097
	Equal variances not assumed			-1,123	22,884	,273	-,147	,131	-,418	,124
Za medicinsko sestro je sposobnost EMPATIJE zelo pomembna saj mora razumeti pacientovo situacijo, perspektivo in občutke.	Equal variances assumed	,585	,446	-,382	83	,703	-,059	,154	-,365	,247
	Equal variances not assumed			-,355	22,679	,726	-,059	,166	-,402	,284
Medicinska sestra ima zaradi strokovnega znanja in dostopa do privilegiranih informacij v sistemu zdravstvenega varstva večjo MOČ kot pacient.	Equal variances assumed	,820	,368	1,316	83	,192	,412	,313	-,210	1,034
	Equal variances not assumed			1,325	24,824	,197	,412	,311	-,229	1,052
Ob upoštevanju vseh komponent skupaj (zaupanje, spoštovanje, empatija, moč) lahko medicinska sestra zagotovi kvalitetno zdravstveno nego pacienta ter s tem tudi intimnost.	Equal variances assumed	1,357	,247	,316	83	,753	,059	,186	-,312	,429
	Equal variances not assumed			,386	33,691	,702	,059	,152	-,251	,369
Vsakemu pacientu pri izvajanju zdravstvene nege izkazujem spoštovanje.	Equal variances assumed	,184	,669	-,409	82	,684	-,068	,168	-,402	,265
	Equal variances not assumed			-,408	24,715	,687	-,068	,168	-,414	,277
Pri vsakem pacientu se prizadevam zaščititi njegove pravice.	Equal variances assumed	,990	,323	,177	83	,860	,029	,166	-,301	,360
	Equal variances not assumed			,156	21,637	,877	,029	,188	-,361	,420
Pri svojem delu si prizadevam omejiti zlorabo pacientovih pravic.	Equal variances assumed	1,296	,258	-1,989	83	,050	-,353	,177	-,706	,000
	Equal variances not assumed			-1,645	20,421	,115	-,353	,215	-,800	,094
Pri svojem delu skušam ustreči pacientovim	Equal variances assumed	,178	,674	,709	83	,480	,118	,166	-,212	,448

Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means								
		Levene's Test for Equality of Variances							95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
potrebam.	Equal variances not assumed			,704	24,392	,488	,118	,167	-,227	,462
Do pacientov sem spoštljiv - a, prijazna in odgovorna.	Equal variances assumed	2,141	,147	-,848	83	,399	-,103	,121	-,344	,138
	Equal variances not assumed			-,788	22,681	,439	-,103	,131	-,373	,168
Svoje znanje o zagotavljanju intimnosti apliciram v prakso.	Equal variances assumed	,334	,565	-,463	83	,645	-,074	,159	-,390	,243
	Equal variances not assumed			-,441	23,301	,663	-,074	,167	-,418	,271
Intimnost zagotavljam s profesionalnostjo.	Equal variances assumed	5,948	,017	-1,352	83	,180	-,206	,152	-,509	,097
	Equal variances not assumed			-1,120	20,446	,276	-,206	,184	-,589	,177
Z dobrim odnosom do pacienta lahko zagotovim intimnost.	Equal variances assumed	,016	,898	,116	82	,908	,023	,196	-,367	,413
	Equal variances not assumed			,117	24,926	,908	,023	,195	-,379	,425
Pri zagotavljanju intimnosti se ravnam po etičnih načelih.	Equal variances assumed	,039	,844	-,634	83	,528	-,118	,185	-,487	,251
	Equal variances not assumed			-,622	24,062	,540	-,118	,189	-,508	,273
Intimnost zagotovim ne glede na delovne razmere.	Equal variances assumed	,038	,845	-,858	83	,393	-,206	,240	-,683	,271
	Equal variances not assumed			-,964	29,030	,343	-,206	,214	-,643	,231
Zaradi razmer v delovnem okolju ne morem vedno zagotoviti intimnosti.	Equal variances assumed	,425	,516	,453	83	,652	,118	,260	-,399	,634
	Equal variances not assumed			,449	24,343	,658	,118	,262	-,423	,658
Za popolno zagotovitev intimnosti nam primanjkuje osebja.	Equal variances assumed	1,747	,190	,927	83	,357	,279	,302	-,320	,879
	Equal variances not assumed			1,077	30,724	,290	,279	,259	-,250	,809
Zaupne podatke pacienta uporabljam samo v delovnem okolju.	Equal variances assumed	,809	,371	-,095	83	,925	-,015	,155	-,323	,293
	Equal variances not assumed			-,081	20,892	,936	-,015	,182	-,394	,364
O zdravstvenem stanju pacienta se z njim pogovorim na samem.	Equal variances assumed	,029	,866	,061	83	,951	,015	,241	-,465	,494
	Equal variances not assumed			,064	26,401	,949	,015	,229	-,455	,484
Določene informacije posredujem svojcem le, če je pacient to odobril.	Equal variances assumed	1,466	,229	,576	83	,566	,176	,306	-,433	,786
	Equal variances not assumed			,714	34,675	,480	,176	,247	-,325	,678
Vedno poskrbim, da intimni deli pacienta niso vidni drugim.	Equal variances assumed	1,599	,210	,089	83	,930	,015	,166	-,315	,345
	Equal variances not assumed			,078	21,603	,938	,015	,188	-,375	,405
Pacientu omogočim pravico do zasebnosti pri	Equal variances assumed	,163	,688	,643	83	,522	,118	,183	-,246	,481

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	Lower	Upper
izvajanju zdravstvene nege.	Equal variances not assumed			,614	23,328	,545	,118	,192	-,279	,514
Sodelavci posredujejo informacije o pacientovem stanju brez njegovega dovoljenja.	Equal variances assumed	,863	,356	-,909	82	,366	-,235	,259	-,750	,280
	Equal variances not assumed			-1,002	25,641	,326	-,235	,235	-,718	,248
Sodelavci ne upoštevajo želj in potreb pacienta.	Equal variances assumed	,012	,912	,489	82	,626	,129	,263	-,394	,652
	Equal variances not assumed			,496	22,990	,624	,129	,259	-,408	,665
Sodelavci paciente ne naslavlajo ustrezno (ga./g. in priimek).	Equal variances assumed	,802	,373	-,394	82	,695	-,114	,289	-,689	,461
	Equal variances not assumed			-,350	20,089	,730	-,114	,326	-,793	,565
Sodelavci pregledajo pacienta tudi pred drugimi pacienti.	Equal variances assumed	,001	,978	,028	82	,977	,007	,260	-,509	,524
	Equal variances not assumed			,028	22,137	,978	,007	,265	-,541	,556
Pri izvajanju zdravstvene nege jim ne zagotovijo zasebnosti.	Equal variances assumed	,030	,863	,347	80	,730	,092	,264	-,434	,617
	Equal variances not assumed			,317	19,042	,754	,092	,288	-,512	,695
S pacienti ne komunicirajo na profesionalni ravni,	Equal variances assumed	,803	,373	-,452	81	,653	-,118	,262	-,640	,403
	Equal variances not assumed			-,406	20,385	,689	-,118	,292	-,726	,489
Do pacientov niso spoštljivi.	Equal variances assumed	,008	,931	,083	81	,934	,021	,247	-,472	,513
	Equal variances not assumed			,074	20,277	,942	,021	,277	-,556	,597

Priloga 3: SPSS izpis (Spearmanov korelacijski koeficient)

		Starost	Izobrazba	Delovna doba
<i>Pri pogovoru o zasebnih zadevah in boleznih pacientu zagotovim zasebnost.</i>	Spearmanov rho	,012	,035	,042
	Stat. zn. (2-sm.)	,910	,748	,704
	N	85	85	85
<i>Pri viziti pacientu zagotovim zasebnost.</i>	Spearmanov rho	,044	,150	,014
	Stat. zn. (2-sm.)	,701	,185	,899
	N	80	80	80
<i>Pri opravljanju posegov pacientu zagotovim zasebnost.</i>	Spearmanov rho	,066	,302**	,050
	Stat. zn. (2-sm.)	,548	,005	,652
	N	85	85	85

		Starost	Izobrazba	Delovna doba
<i>Ob izvajanju zdravstvene nege pacienta zaščitim pred neželenimi ogledi.</i>	Spearmanov rho	,008	,127	-,002
	Stat. zn. (2-sm.)	,940	,246	,984
	N	85	85	85
<i>Ob opravljanju medicinsko - tehničnih posegov pacienta zaščitim pred neželenimi pogledi.</i>	Spearmanov rho	-,019	,190	-,032
	Stat. zn. (2-sm.)	,860	,082	,772
	N	85	85	85
<i>V času zdravljenja je pacient v ranljivem položaju, zato je ZAUPANJE med medicinsko sestro in pacientom ključno.</i>	Spearmanov rho	-,007	,111	-,079
	Stat. zn. (2-sm.)	,946	,311	,474
	N	85	85	85
<i>Medicinska sestra mora pri zagotavljanju intimnosti primarno SPOŠTOVATI posameznika, ne glede na njegov socialni in ekonomski status, osebnostne lastnosti ali vrsto zdravstvenih težav.</i>	Spearmanov rho	,023	,064	,026
	Stat. zn. (2-sm.)	,831	,563	,816
	N	85	85	85
<i>Za medicinsko sestro je sposobnost EMPATIJE zelo pomembna saj mora razumeti pacientovo situacijo, perspektivo in občutke.</i>	Spearmanov rho	,000	,083	-,028
	Stat. zn. (2-sm.)	,997	,450	,801
	N	85	85	85
<i>Medicinska sestra ima zaradi strokovnega znanja in dostopa do privilegiranih informacij v sistemu zdravstvenega varstva večjo MOČ kot pacient.</i>	Spearmanov rho	-,022	-,009	,013
	Stat. zn. (2-sm.)	,840	,932	,910
	N	85	85	85
<i>Ob upoštevanju vseh komponent skupaj (zaupanje, spoštovanje, empatija, moč) lahko medicinska sestra zagotovi kvalitetno zdravstveno nego pacienta ter s tem tudi intimnost.</i>	Spearmanov rho	-,058	-,011	-,092
	Stat. zn. (2-sm.)	,595	,921	,400
	N	85	85	85
<i>Vsakemu pacientu pri izvajanju zdravstvene nege izkazujem spoštovanje.</i>	Spearmanov rho	-,170	,160	-,213
	Stat. zn. (2-sm.)	,123	,146	,051
	N	84	84	84
<i>Pri vsakem pacientu se prizadevam zaščiti njegove pravice.</i>	Spearmanov rho	-,199	,064	-,208
	Stat. zn. (2-sm.)	,068	,558	,056
	N	85	85	85
<i>Pri svojem delu si prizadevam omejiti zlorabo pacientovih pravic.</i>	Spearmanov rho	-,144	,051	-,233*
	Stat. zn. (2-sm.)	,189	,641	,032
	N	85	85	85
<i>Pri svojem delu skušam ustreči pacientovim potrebam.</i>	Spearmanov rho	-,188	,019	-,175
	Stat. zn. (2-sm.)	,085	,866	,109
	N	85	85	85
<i>Do pacientov sem spoštljiv - a, prijazna in odgovorna.</i>	Spearmanov rho	-,099	,089	-,133
	Stat. zn. (2-sm.)	,366	,417	,224
	N	85	85	85

		Starost	Izobrazba	Delovna doba
<i>Svoje znanje o zagotavljanju intimnosti apliciram v prakso.</i>	Spearmanov rho	-,080	,012	-,132
	Stat. zn. (2-sm.)	,468	,911	,228
	N	85	85	85
<i>Intimnost zagotavljam s profesionalnostjo.</i>	Spearmanov rho	-,063	,040	-,090
	Stat. zn. (2-sm.)	,568	,718	,413
	N	85	85	85
<i>Z dobrim odnosom do pacienta lahko zagotovim intimnost.</i>	Spearmanov rho	-,217*	-,064	-,285**
	Stat. zn. (2-sm.)	,047	,564	,009
	N	84	84	84
<i>Pri zagotavljanju intimnosti se ravnam po etičnih načelih.</i>	Spearmanov rho	-,113	-,060	-,168
	Stat. zn. (2-sm.)	,302	,587	,124
	N	85	85	85
<i>Intimnost zagotovim ne glede na delovne razmere.</i>	Spearmanov rho	-,015	,090	-,118
	Stat. zn. (2-sm.)	,889	,415	,281
	N	85	85	85
<i>Zaradi razmer v delovnem okolju ne morem vedno zagotoviti intimnosti.</i>	Spearmanov rho	-,188	,033	-,137
	Stat. zn. (2-sm.)	,085	,763	,211
	N	85	85	85
<i>Za popolno zagotovitev intimnosti nam primanjkuje osebja.</i>	Spearmanov rho	-,170	-,131	-,180
	Stat. zn. (2-sm.)	,120	,231	,100
	N	85	85	85
<i>Zaupne podatke pacienta uporabljam samo v delovnem okolju.</i>	Spearmanov rho	-,053	,059	,017
	Stat. zn. (2-sm.)	,630	,594	,875
	N	85	85	85
<i>O zdravstvenem stanju pacienta se z njim pogovorim na samem.</i>	Spearmanov rho	-,155	-,170	-,236*
	Stat. zn. (2-sm.)	,157	,121	,030
	N	85	85	85
<i>Določene informacije posredujem svojcem le, če je pacient to odobril.</i>	Spearmanov rho	-,025	,003	-,086
	Stat. zn. (2-sm.)	,822	,977	,436
	N	85	85	85
<i>Vedno poskrbim, da intimni deli pacienta niso vidni drugim.</i>	Spearmanov rho	-,126	,037	-,054
	Stat. zn. (2-sm.)	,252	,734	,626
	N	85	85	85
<i>Pacientu omogočim pravico do zasebnosti pri izvajanju zdravstvene nege.</i>	Spearmanov rho	-,020	-,001	,003
	Stat. zn. (2-sm.)	,855	,994	,976
	N	85	85	85

		Starost	Izobrazba	Delovna doba
<i>Sodelavci posredujejo informacije o pacientovem stanju brez njegovega dovoljenja.</i>	Spearmanov rho	-,143	-,079	-,207
	Stat. zn. (2-sm.)	,193	,476	,059
	N	84	84	84
<i>Sodelavci ne upoštevajo želj in potreb pacienta.</i>	Spearmanov rho	-,089	-,001	-,153
	Stat. zn. (2-sm.)	,421	,992	,164
	N	84	84	84
<i>Sodelavci paciente ne naslavlajo ustrezno (ga./g. in priimek).</i>	Spearmanov rho	-,107	-,080	-,145
	Stat. zn. (2-sm.)	,333	,469	,188
	N	84	84	84
<i>Sodelavci pregledajo pacienta tudi pred drugimi pacienti.</i>	Spearmanov rho	,028	-,134	,022
	Stat. zn. (2-sm.)	,799	,223	,840
	N	84	84	84
<i>Pri izvajanju zdravstvene nege jim ne zagotovijo zasebnosti.</i>	Spearmanov rho	-,232*	-,194	-,303**
	Stat. zn. (2-sm.)	,036	,080	,006
	N	82	82	82
<i>S pacienti ne komunicirajo na profesionalni ravni,</i>	Spearmanov rho	-,076	-,080	-,131
	Stat. zn. (2-sm.)	,496	,474	,239
	N	83	83	83
<i>Do pacientov niso spoštljivi.</i>	Spearmanov rho	-,135	,031	-,172
	Stat. zn. (2-sm.)	,223	,782	,121
	N	83	83	83

* p < 0,05, ** p < 0,01