



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Diplomsko delo  
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje  
ZDRAVSTVENA NEGA

**VLOGA MEDICINSKE SESTRE PRI  
OHRANJANJU DOSTOJANSTVA PACIENTA**

**THE ROLE OF A NURSE IN MAINTAINING  
PATIENTS' DIGNITY**

Mentor: Sanela Pivač, pred.

Kandidatka: Maja Kunšič

Jesenice, maj, 2016

## **ZAHVALA**

Zahvaljujem se mentorici Saneli Pivač, mag. zdr. neg., pred., za strokovno pomoč in hitro odzivnost ter vse napotke pri pisanju diplomskega dela.

Prav tako se zahvaljujem recenzentkama Sedinii Kalender Smajlović, mag. zdr. neg., pred., in izr. prof. dr. Cirilii Hlastan Ribič za recenzijo diplomskega dela.

Zahvaljujem se vodstvu Doma upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice in Psihiatrične bolnišnice Begunje za odobritev izvedbe raziskave ter zaposlenim za sodelovanje pri raziskavi.

Posebna zahvala tudi mojim najbližjim za podporo in potrpežljivost pri doseganju mojega življenjskega cilja.

## **POVZETEK**

**Teoretična izhodišča:** Pomembno je zavedanje, da lahko medicinske sestre s svojim ravnanjem ohranijo ali kršijo pacientovo dostojanstvo.

**Cilj:** Z raziskavo smo želeli predstaviti koncept dostojanstva in pomen terapevtske komunikacije ter načine za izboljšanje ohranjanja dostojanstva pacienta.

**Metoda:** Raziskava je temeljila na deskriptivni kvantitativni metodi raziskovanja. Vprašalnik smo oblikovali na podlagi pregleda literature, ki je vseboval Likertovo lestvico stališč, vprašanje odprtega tipa in sestavljeno vprašanje po intervalni lestvici. Podatke smo zbirali v mesecu oktobru in novembru 2014 v Domu dr. F. Bergelja Jesenice in Psihiatrični bolnišnici Begunje. Sodelovalo je 60 medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Dosegli smo 60-odstotno realizacijo vzorca. Podatke smo kvantitativno obdelali v statističnem programu SPSS 20.0. Uporabili smo opisno statistiko in t-test za neodvisne vzorce ter ANOVO. Vprašanje odprtega tipa je bilo analizirano s kodiranjem in kategoriziranjem. Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 in manj.

**Rezultati:** Rezultati raziskave so pokazali, da zaposleni poznajo pomen dostojanstva in tega izvajajo v največji možni meri predvsem s spoštljivo obravnavo pacienta (PV = 4,87; SO = 0,39), spoštovanjem avtonomije (PV = 4,58; SO = 0,59), zagotavljanjem zasebnosti (PV = 4,52; SO = 0,57) in upoštevanjem pacientovih želja (PV = 4,48; SO = 0,62). Kot najbolj pomembno obliko komunikacije so navedli pogovor. Rezultati raziskave so pokazali, da zaposleni pri svojem delu upoštevajo kodeks etike in zakon o pacientovih pravicah, saj jih večina meni, da paciente obravnavajo enako, ne glede na starost, spol, versko prepričanje, narodnost in gmotni položaj (PV = 4,57; SO = 0,67).

**Razprava:** Ugotovili smo, da zaposleni pri svojem delu spoštujejo in ohranjajo dostojanstvo pacienta predvsem s tem, da jim dopuščajo avtonomijo, poskrbijo za zasebnost, upoštevajo njihove želje in se z njimi pogovarjajo. Priporočamo nadaljnje raziskave na večjem vzorcu zdravstvenih delavcev.

**Ključne besede:** pacientovo dostojanstvo, komunikacija, spoštovanje, pacientove pravice, avtonomija.

## **ABSTRACT**

**Background:** It is important for nurses to be aware that their actions can maintain or violate patient dignity.

**Aims:** The aim of this research was to present the concept of dignity, to stress the importance of therapeutic communication and to discuss the ways of improving the preservation of patient dignity.

**Methods:** A quantitative descriptive study design was employed. The questionnaire was made based on a literature review. It included a Likert-type scale of opinions, an open-ended question and a composite question on an interval chart. Data were gathered from October to November 2014 at the Dr. France Bergelj Nursing Home in Jesenice and the Begunje Psychiatric Hospital. The sample included 60 nurses and the response rate was 60%. The obtained data were quantitatively processed with statistical program SPSS 20.0. We used descriptive statistics, t-test for independent samples, and ANOVA. The open-ended question was analysed with coding and categorization. The level of statistical significance was set at 0.05.

**Results:** The results revealed that nursing professionals are aware of the importance of patient dignity, and are trying to maintain it especially by treating patients respectfully (M=4.87; SD=0.39), maintaining their autonomy (M=4.58; SD=0.59), ensuring privacy (M=4.52; SD=0.57), and considering patients' wishes (M=4.48; SD=0.62). The most important type of communication was conversation. Research results also showed that, in their work, nursing professionals adhere to the Code of Ethics for nurses and the Patient Rights Act—the majority believes that patients receive equal treatment regardless of their age, gender, religious belief, ethnicity, and income class (M=4.57; SD=0.67).

**Discussion:** We found that nursing professionals respect and maintain patient dignity to the greatest possible extent in their work, especially by enabling patient autonomy, providing privacy, considering patients' wishes and talking to them. Further research on a larger sample of health care professionals is advised.

**Key words:** patient dignity, communication, respect, patient rights, autonomy

## KAZALO

<b>1</b>	<b>UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TEORETIČNI DEL</b> .....	<b>4</b>
2.1	DOSTOJANSTVO .....	4
2.1.1	Opredelitev .....	4
2.1.2	Človekovo dostojanstvo .....	5
2.1.3	Družbeno dostojanstvo .....	5
2.2	PRAVNI VIDIK DOSTOJANSTVA .....	6
2.3	OHRANJANJE DOSTOJANSTVA V ZDRAVSTVENI NEGI .....	7
2.3.1	Spoštovanje avtonomije .....	8
2.3.2	Varovanje osebnih podatkov .....	9
2.3.3	Zagotavljanje zasebnosti .....	10
2.3.4	Spoštovanje Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije .....	12
2.4	TERAPEVTSKA KOMUNIKACIJA IN NJEN POMEN ZA OHRANJANJE DOSTOJANSTVA.....	13
2.4.1	Verbalna komunikacija .....	15
2.4.2	Neverbalna komunikacija.....	16
2.4.3	Tehnike terapevtske komunikacije.....	17
<b>3</b>	<b>EMPIRIČNI DEL</b> .....	<b>19</b>
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA .....	19
3.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA .....	19
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA .....	20
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov .....	20
3.3.2	Opis merskega instrumenta .....	20
3.3.2.1	Zanesljivost vprašalnika .....	21
3.3.3	Opis vzorca.....	21
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov .....	24
3.4	REZULTATI .....	25
3.5	RAZPRAVA .....	34

<b>4</b>	<b>ZAKLJUČEK.....</b>	<b>38</b>
<b>5</b>	<b>LITERATURA.....</b>	<b>40</b>
<b>6</b>	<b>PRILOGE</b>	
	6.1 ANKETNI VPRAŠALNIK	

## KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika .....	21
Tabela 2: Delež vrnjenih anketnih vprašalnikov .....	22
Tabela 3: Demografske značilnosti vzorca.....	23
Tabela 4: Prikaz povprečnih odgovorov udeležencev na prvi sklop vprašanj ("Stališča medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov glede načinov ohranjanja dostojanstva pacienta").....	26
Tabela 5: Povzetek enosmerne analize variance (ANOVA) za preverjanje razlik v stališčih o ohranjanju dostojanstva pacienta glede na stopnjo dosežene izobrazbe udeležencev .....	27
Tabela 6: Prikaz kategorij odgovorov udeležencev na vprašanje odprtega tipa.....	29
Tabela 7: Prikaz povprečnih odgovorov udeležencev na drugi sklop vprašanj ("Pomen terapevtske komunikacije pri ohranjanju dostojanstva pacienta") .....	29
Tabela 8: Skladnost glede pomena posameznih oblik komunikacije .....	31
Tabela 9: Prikaz povprečnih odgovorov udeležencev na tretji sklop vprašanj ("Spoštovanje kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov ter zakona o pacientovih pravicah").....	32

## 1 UVOD

Bistvo sodobne zdravstvene nege je usmerjenost k pacientu kot celoviti osebnosti. Pacient je v središču dogajanja, njegova vloga je enakovredna in pri zdravstveni negi sodeluje po svojih zmožnostih. Sodobna zdravstvena nega podpira odgovornost pacienta do samega sebe in spoštuje njegove odločitve, mnenja in želje (Hajdinjak & Meglič, 2006).

Z zdravstveno nego je povezano spoštovanje človekovih pravic, kar vključuje pravico do življenja, dostojanstva in spoštljivega obravnavanja (Tschudin, 2004). Vsak posameznik ima pravico, da se mu zagotovi dostojanstvo, kar je opredeljeno tudi v ustavi. Dostojanstvo človeka povezujemo s človekovimi pravicami. Vsakemu človeku že od rojstva pripada dostojanstvo, saj je živo bitje. V vseh kodeksih etike je spoštovanje dostojanstva osrednja tema in hkrati najbolj pomembna vrednota v zdravstveni oskrbi. Za medicinsko sestro je spoštovanje pacientovega dostojanstva moralna zapoved, ki ga vsebuje Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (Šmitek, 2006).

V zdravstvu lahko dostojanstvo spodbujamo ali okrnemo s fizičnim okoljem, organizacijsko kulturo, z obnašanjem zdravstvenih delavcev ter z načinom zdravstvene nege. Ko je pacientom zagotovljeno dostojanstvo, se počutijo, kot da imajo nadzor, so primerno vrednoteni, zaupajo ter so sposobni odločanja o samem sebi. Ko je dostojanstvo okrnjeno, pa se pacienti počutijo razvrednoteni ter nezmožni nadzora nad položajem. Imajo pomanjkanje samozavesti in postanejo nesposobni odločanja o samem sebi. Lahko se počutijo tudi ponižani in osramočeni. Vsa človeška bitja so enakovredna in morajo biti s strani zdravstvenega osebja obravnavana dostojanstveno (Royal College of Nursing (RCN), 2008).

Iz spoštovanja pacientove pravice do dostojanstva izhaja tudi zahteva po spoštovanju njegove zasebnosti in avtonomije, ki sta torej z dostojanstvom neločljivo povezani (Velepič, 2011). Varovanje pacientovih osebnih in zdravstvenih podatkov je poklicna dolžnost medicinske sestre. Pravico do zasebnosti mora spoštovati v vseh stanjih pacienta – tako zdravja, bolezni, kot pri umiranju (Kersnič & Filej, 2006). Woogara (2005) pravi, da ločimo dve smeri zasebnosti pacienta, in sicer: zasebnost njegovega



telesa in zasebnost njegovih podatkov. Zasebnost osebe označuje kot občutek identitete, dostojanstva, avtonomije in lastnega prostora, ki ga ima vsak odrasel človek. Prebil, Mohar in Fink (2010) trdijo, da spoštovanje avtonomije pacienta zahteva spoštovanje njegove pravice odločanja o sebi. To pomeni, da ima tudi pravico do obveščeniosti. Pacientu na razumljiv način razložimo postopke pri zdravljenju. Pacient se mora strinjati s postopki zdravljenja, kar imenujemo informiran pristanek. V primeru nepopolne informiranosti pacient nima možnosti izbire in odločanja, to pa vodi do izgube avtonomije.

Pacientove pravice segajo tudi na vidik komunikacije, kar se v zdravstveni negi kaže s pravico do seznanitve glede zdravstvenega stanja in drugih zdravstvenih postopkov. Med drugimi pravicami je pomembno še varovanje pacientovih podatkov, spoštovanje njegove zasebnosti, kakovostna zdravstvena oskrba ter pravica do samoodločanja o svojem zdravstvenem stanju (Klemenc, 2006).

Uspešno terapevtsko komuniciranje medicinske sestre s pacientom je pogoj za vzpostavitev pozitivnega in konstruktivnega medosebnega odnosa. V takem odnosu se pacient počuti, da je sprejet kot človek, kot osebnost, zaupa medicinski sestri in se počuti spoštovanega in varnega (Hajdinjak & Meglič, 2006). Način, kako medicinska sestra spregovori in ravna s pacientom, vpliva na njegov odnos do nje. Za vse odnose, ki se vzpostavijo v zdravstvenih ustanovah, ni vseeno, kaj kdo od udeležencev v njih reče, s kakšnim prizvokom je izrečeno povedal, ali je očitne znake nestrinjanja izrekel pred množico slučajnih udeležencev ipd. Zaradi besednih in nebesednih sporočil se lahko počutimo ohrabreni, lahko pa doživimo poraz in se počutimo osramočene, prizadete, užaljene in jezne. Ton, s katerim nam nekdo nekaj sporoča, je lahko pomirjevalen, lahko pa le še razbohoti prisotno negotovost (Rakovec Felser, 2009). Nehuman in neprofesionalen odnos povzroča dehumanizacijo človeka, slabo vpliva na samospoštovanje, dostojanstvo in zaupanje ter med obravnavo onemogoča vključevanje in sodelovanje pacienta in svojcev (Pajnkihar, 2009).

Učinkovita besedna in nebesedna komunikacija predstavljata pogoj za dobre medsebojne odnose med pacientom in medicinsko sestro. Na medsebojni odnos vplivajo

osebne značilnosti obeh in je odvisen od stopnje njunega sodelovanja. Že Peplau (1952 cited in Pajnkihar & Lahe, 2006) je poudarjala pomen besedne in nebesedne komunikacije. Trdila je, da je interpersonalni odnos med medicinsko sestro in pacientom jedro zdravstvene nege. Dobri humani medsebojni odnosi priznavajo vrednote posameznika in dopuščajo pacientom, da sprejemajo lastne odločitve. Razvijanje takih odnosov predstavlja predvsem moralen, skrben, human ter nesebičen pristop do soljudi.

## 2 TEORETIČNI DEL

### 2.1 DOSTOJANSTVO

#### 2.1.1 Opredelitev

Dostojanstvo je del človekove osebnosti. Je nezaveden občutek notranje vrednosti, ki dobi svojo zavedno obliko v odnosu z drugimi ljudmi. Doživljanje dostojanstva je za vsakega človeka drugačno. Dostojanstvo je človekova individualna vrednota. Oblikuje se z razvojem človeka skozi življenjska obdobja in je povezana s samospoštovanjem in samoocenjevanjem (Šmitek, 2006). V prvem odstavku Splošne deklaracije o človekovih pravicah, ki je bila sprejeta na Generalni skupščini združenih narodov, piše: »Vsi ljudje se rodijo svobodni in imajo enako dostojanstvo in enake pravice. Obdarjeni so z razumom in vestjo in bi morali ravnati drug z drugim kakor bratje« (The Universal Declaration of Human Rights, 1948). Tudi v Ustavi Republike Slovenije (2008) je dostojanstvo opredeljeno v 34. členu, ki pravi: »Vsakdo ima pravico do osebnega dostojanstva in varnosti.«

Calnan in Enes (2003 cited in Matiti & Trorey, 2008, p. 2710) v študijah poudarjata, da je koncept dostojanstva težko definirati, saj je večdimenzionalen. Hoffman (2002 cited in Matiti & Trorey, 2008, p. 2710) pravi, da je dostojanstvo povezano z avtonomijo posameznika in celovitostjo, medtem ko Widang in Fridlund (2003 cited in Matiti & Trorey, 2008, p. 2710) kategorizirata dostojanstvo kot sestavni del celovitosti, skupaj s samospoštovanjem ter samozavestjo. Jacobson (2007 cited in Matiti & Trorey, 2008, p. 2710) ugotavlja, da obstajata dve vrsti dostojanstva; človekovo dostojanstvo, ki je v lasti vsakega človeškega bitja; ter družbeno dostojanstvo, ki je podeljeno ali zaslužno.

Angleški slovar Collins Cobuild English Language Dictionary (1994 cited in Šmitek, 2006, p. 24) opredeljuje dostojanstvo kot resno in nadzorovano vedenje, lastnost, vredno spoštovanja, občutek lastne pomembnosti oziroma občutek, da je človek spoštovan in vreden časti. Slovar slovenskega knjižnega jezika (1994) pa opredeljuje dostojanstvo kot čast, ponos, dostojanstvo osebnosti ali dostojanstveno vedenje.

Kant je o dostojanstvu pisal kot o kvaliteti, ki pripada vsem čutečim ljudem zaradi njihove sposobnosti za razumnost in moralno svobodo. Znani Kantov rek pravi, da je treba na ljudi gledati kot na cilj v njih samih in nikoli zgolj kot na sredstvo (Jacobson, 2009).

Prebil, et al. (2010) navajajo dostojanstvo kot čast in ponos ter občutek lastne vrednosti, ki se izraža v medsebojnih odnosih. Dostojanstvo ni samo nekaj, kar nam pripada, temveč nam ga mora tudi okolica priznati, sicer človek čuti bolečino in ponižanje. Človek lahko dostojanstvo vzdržuje, doživlja in izraža; dostojanstvo drugih pa lahko spoštuje, vrača in tudi krši.

### 2.1.2 Človekovo dostojanstvo

Človekovo dostojanstvo je prirojena in neodtujljiva vrednota, ki pripada vsakemu človeku že zato, ker je človek. Človekovega dostojanstva ni možno izmeriti ali stehtati, prav tako ni pogojeno, vsebinsko odvisno ali primerjalno. To je nekaj, kar pripada vsem vrstam, kolektivom in vsakemu posamezniku. Ena od obstoječih različic je verska, ki temelji na prepričanju, da imajo ljudje v božji stvaritvi vzvišeno mesto. Drugo različico človekovega dostojanstva pa povezujejo s Kantovo filozofijo. Ta namreč poudarja sposobnost in racionalnost ljudi, da ravnajo moralno. Verski pomen prinaša razumevanje človeškega življenja kot posvečenega, ki ga lahko občasno ogroža ravnanje človeka. Kantova filozofija poudarja enakopravnost ljudi in obravnavanje posameznika z določenim minimalnim nivojem spodobnosti in spoštovanja. Skupno obema različicama je, da podpirata ideale o enakosti in pravici (Jacobson, 2009).

### 2.1.3 Družbeno dostojanstvo

V nasprotju s človekovim dostojanstvom pa je družbeno dostojanstvo pogojeno, primerljivo in vsebinsko odvisno. Pridobi se z interakcijo v družbenih okoljih. Družbeno dostojanstvo temelji na človekovem dostojanstvu in je posledica njegovega priznanja. Poznamo dva vidika družbenega dostojanstva, in sicer: dostojanstvo samega sebe in dostojanstvo v odnosu. Prvi vidik dostojanstva je vrsta sposobnosti ali samospoštovanja, ki ga ima vsak posameznik. Nordenfelt (2004) je ta vidik poimenoval »dostojanstvo identitete« in ga opisuje kot dostojanstvo, ki ga pripisujemo sebi kot

avtonomnim osebam. Dostojanstvo v odnosu pa lahko primerjamo s procesom, kjer se vrednote posameznika kažejo prek besed ali dejanj. Družbeno dostojanstvo je možno izgubiti ali pridobiti, lahko se ogrozi, krši ali spodbuja. Lahko je pridobljeno kot nagrada ali odtegnjeno kot kazen za določena ravnanja. Uporablja se za urejanje družbenega vedenja in za podpiranje družbenih struktur (Jacobson, 2009).

## 2.2 PRAVNI VIDIK DOSTOJANSTVA

Pojem dostojanstva se najbolj pogosto uporablja na področju človekovih pravic, prava, družbene pravičnosti, prav tako pa tudi na področju bioetike in kliničnega varstva (Jacobson, 2009). Večina veljavnih deklaracij se nanaša na človekove pravice. Kaj natančno so človekove pravice, ni vedno popolnoma jasno. Morda pa je koristno, da človekove pravice niso čisto določena dejstva, ampak da gre v resnici za spoštovanje in pozornost do posameznika, kar postaja vse bolj pomembno. Zavedanje o pravicah je postalo pomembno, ker so bili odnosi med medicinsko sestro in pacientom, zdravnikom in pacientom, institucijo in pacientom, med državo in posameznikom prevečkrat zlorabljeni v imenu zaščite pacienta. Deklaracije so izjave, ki se nanašajo na načela, soglasja, vrednote in poklicno solidarnost. Izvajalce opominjajo na poklicne obveznosti, toda redkokdaj utemeljujejo sprejeta stališča; za te se smatra, da so popolnoma jasna (Tschudin, 2004).

Splošno deklaracijo o človekovih pravicah so sprejeli Združeni narodi leta 1948. Ta govori o neločljivi povezanosti dostojanstva in enakih ter neodtujljivih pravicah vsem članom človeške družine, ki so osnova za svobodo, pravičnost in mir na svetu. Ta Deklaracija je vodila do nastanka Konvencije o zaščiti temeljnih človekovih pravic in osnovnih svoboščin v letu 1950. Ta pa je pripeljala do sprejetja Zakona o človekovih pravicah v Veliki Britaniji leta 1998 (Tschudin, 2004). Svetovno zdravniško združenje je leta 1964 na Finskem sprejelo Helsinško deklaracijo. Deklaracija obravnava poskuse na človeku oziroma biomedicinsko raziskovanje na človeku. V njej je poudarjeno, da se mora pacient prostovoljno odločiti, ali želi sodelovati v raziskavi. Prav tako mora biti seznanjen s cilji raziskave, z možnimi škodljivimi posledicami in nevarnostmi za njegovo zdravje (Prebil, et al., 2010). Med pomembnejšimi je tudi Oviedska konvencija, ki jo je sprejel Svet Evrope leta 1997. V njej so zapisani protokoli o prepovedi

kloniranja človeških bitij, o presajanju organov, biomedicinskih raziskavah na človeku in rabi genetike v zdravstvene namene. Konvencija vsebuje določbe o varovanju človekovih pravic in človekovega dostojanstva. Lizbonska deklaracija o pravicah pacientov iz leta 1981 je poleg avtonomnega odločanja pacienta o sprejemu ali zavrnitvi zdravljenja opredelila tudi pravico do popolne obveščenosti in dostojanstvene smrti (Velepič, 2011). Tudi v fazi umiranja je potrebno pacienta obravnavati spoštljivo. To zagotavlja Deklaracija o končni terminalni bolezni, ki je bila sprejeta leta 1983 v Benetkah, dopolnjena pa leta 2006 v Republiki Južni Afriki. Poudarja pomen paliativne zdravstvene nege. Dolžnost zdravnika je zdraviti, lajšati bolečine, ohranjati optimalno kakovost življenja umirajočega z nadzorovanjem simptomov ter omogočiti pacientu, da umre dostojno (Prebil, et al., 2010).

Od leta 2008 v Sloveniji velja Zakon o pacientovih pravicah, njihove pravice pa varuje tudi Zakon o zdravstveni dejavnosti RS (Velepič, 2011). Zakon o pacientovih pravicah zajema osnovne pravice in dolžnosti, ki jih ima vsak uporabnik zdravstvenih storitev. Namen tega zakona je bil izboljšanje kakovosti zdravstvene oskrbe. Pri svojem delu ga morajo poznati in upoštevati vsi zdravstveni delavci. Zakon o zdravstveni dejavnosti ureja vsebino in opravljanje zdravstvene dejavnosti ter obsega ukrepe in aktivnosti, s katerimi varujemo zdravje, preprečujemo in odkrivamo bolezni (Prebil, et al., 2010). Zdravstvena nega je nerazdružljivo povezana z vrednotami ljudi in vrednotami zdravništva. Leta 1994 je skupščina Zbornice sprejela Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije, ki obvezuje vse člane negovalnega tima. V njem je opredeljeno tudi spoštovanje pacientovega dostojanstva. Ta Kodeks predstavlja vodilo vsem zaposlenih v zdravstveni negi. Govori o tem, da je z zdravstveno nego neločljivo povezano spoštovanje življenja, dostojanstva in človekovih pravic. Poudarja, da delo medicinske sestre vpliva na zdravje in življenje ljudi, zato je pomembna njena etična drža, katera izhaja iz njenih moralnih vrednot. Kodeks etike pomaga medicinski sestri pri oblikovanju etičnih vrednot, ki jo vodijo pri njenem delu (Vuga, 1996).

### **2.3 OHRANJANJE DOSTOJANSTVA V ZDRAVSTVENI NEGI**

Dostojanstvo se oblikuje z razvojem človeka skozi njegova življenjska obdobja. Človek lahko izgubi dostojanstvo na primer z izgubo službe, s poniževanjem, kaznovanjem.

Prav tako lahko ranijo dostojanstvo bolezen, invalidnost ali druge starostne spremembe. Prej samostojen človek postane zaradi pravil v zdravstvenih ustanovah podrejen redu, ki je predpisan v določeni ustanovi. Svoje osebne stvari mora odložiti, nadeti si mora bolnišnično obleko ter govoriti o intimnih stvareh. Kljub temu, da je pristop zdravstvenega osebja profesionalen, je za človeka boleče že to, da ni več samostojen, temveč je odvisen od tuje pomoči. Še hujšo sled pa na človeku pusti neprofesionalen pristop zdravstvenega osebja. Sem bi lahko šteli razgaljeno telo pacienta, neprimerno izrečene besede, dolgotrajno čakanje na preiskavo, pregled brez pojasnila, odločanje namesto pacienta itd. Pacient mora postati enakovreden partner v procesu zdravstvene nege, zato moramo pri svojem delu zagotoviti popolno spoštovanje njegovega dostojanstva. V pacientu to spodbudi občutek samozavesti in upanja (Prebil, et al., 2010). Nespoštovanje dostojanstva pa občuti kot lastno ogroženost s strani drugih, kot na primer ponižanje, nenaklonjenost, neenakost ali zanemarjanje. To je povezano z negativnimi čustvi, kot so žalost, jeza, strah, osamljenost. Človek ta doživljanja občuti na različne načine: lahko z burnim odzivom, molkom ali pa umikom vase (Šmitek, 2006). Iz spoštovanja pacientove pravice do dostojanstva izhaja tudi zahteva po spoštovanju njegove zasebnosti in avtonomije, saj sta z dostojanstvom neločljivo povezani (Velepich, 2011).

### 2.3.1 Spoštovanje avtonomije

Človekovo dostojanstvo je izraženo v pravici, da posameznik svobodno odloča o sebi oziroma je pri tem avtonomen. Človek kot živo bitje je sposoben odločati o sebi ter o svojem ravnanju. Pri odločanju lahko pride v nasprotovanje s pravico do samoodločanja druge osebe, zato lahko o drugem odloča samo z njegovo privolitvijo. V kolikor se pravica do samoodločanja, ki je v pristojnosti drugega, krši, to pomeni nepriznavanje enakosti oziroma enake vrednosti drugemu človeku in s tem nespoštovanje njegovega dostojanstva (Šmitek, 2006). Avtonomija pacienta se nanaša na to, da zdravstveno osebje spoštuje pravico pacienta do izbire in odločanja v procesu zdravljenja in zdravstvene nege (Prebil, et al., 2010). V Zakonu o pacientovih pravicah piše, da ima pacient pravico do enake obravnave pri zdravstveni oskrbi, ne glede na spol, narodnost, raso, vero, starost ali drugo osebno okoliščino. Prav tako ima pravico do proste izbire ustanove, kjer bo zdravljen in kdo ga bo zdravil, ne glede na kraj svojega prebivališča.

Pravico ima tudi do obveščenosti o svojem zdravstvenem stanju, o načinu zdravljenja, o možnih tveganjih in posledicah. Ta pojasnila mora zdravnik dati pacientu na njemu razumljiv način (Prebil, et al., 2010). Avtonomija pacienta je omenjena v drugem načelu Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Ta namreč omenja, da je sestavni del avtonomije soglasje pacienta, saj je to pogoj za sprejemanje odločitev pri načrtovanju in izvajanju zdravstvene nege. Za pridobitev njegovega soglasja ne smemo uporabljati prisile ali zavajati pacienta. Preden v zvezi z njim kar koli storimo, potrebujemo njegovo dovoljenje. Sem spada pacientovo strinjanje z najpreprostejšimi postopki v zdravstveni negi oziroma pri večjih posegih pisno strinjanje. Postopek zdravljenja in zdravstvene nege morata biti pacientu podana na njemu razumljiv, človeško obziren način (Prebil, et al., 2010). Privolitev pacienta je potrebna tudi v primeru, ko pacient sodeluje v učnem procesu, ko so npr. v opazovanje ali izvajanje oskrbe vključeni dijaki ali študenti. V Zakonu o pacientovih pravicah je opredeljena tudi pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje. To pomeni, da si lahko pacient izbere zdravstvenega pooblaščenca, ki bi v primeru njegove kasnejše nesposobnosti odločanja o sebi odločal o njegovi zdravstveni oskrbi. Prav tako lahko v času, ko je pacient še zdrav, izrazi svojo voljo, katere zdravstvene oskrbe ne dovoljuje. To bi bilo lahko v primeru, ko bi trpel za neozdravljivo boleznijo in bi ta oskrba le podaljševala preživetje. Ena izmed pomembnih pravic je pravica do drugega mnenja. To pomeni, da gre za oceno istega zdravstvenega stanja s strani drugega zdravnika (Prebil, et al., 2010).

Zdravnik mora spoštovati pacientovo avtonomijo pri odločanju tudi v času umiranja. Sem je vključena pravica do zavrnitve zdravljenja in pravica da lajšanja bolečin (Prebil, et al., 2010). Pravica pacienta do informiranja je zanj zelo pomembna, saj mu omogoča, da se odloča na podlagi informacij. Gre za to, da aktivno sodeluje pri odločanju in sprejemanju neodvisnih odločitev, ki se nanašajo na njegovo življenje, želje in vrednote (Pajnkihar, 2009).

### 2.3.2 Varovanje osebnih podatkov

Spoštovanje zasebnosti se izraža skozi odnos do pacientovih osebnih podatkov, sem pa spadajo tudi podatki o zdravstvenem stanju. Od zdravstvenih delavcev pacient



pričakuje, da bodo varovali poklicno skrivnost in da bodo ustrezno hranili zdravstvene podatke pred nepooblaščenimi dostopi. Večje kot je število oseb, ki imajo dovoljen vpogled v dokumentacijo, večja je možnost uhajanja podatkov, s tem pa se zmanjša zaščita zasebnosti (Marinič, 2012). Zdravstveni delavci se pri svojem delu z določenimi informacijami seznanijo tudi ustno. Ne glede na to, da so seznanjeni ustno, so prav tako dolžni vse, kar izvedo pri opravljanju svojega dela, varovati kot poklicno skrivnost (Rijavec, 2009).

Zakon o pacientovih pravicah veliko pozornost namenja varstvu osebnih podatkov. Posebej poudarja, da se pacienti osebni podatki in informacije, s katerimi razpolaga zdravstveno osebje, lahko razkrijejo samo osebam, ki so določene po zakonu oziroma osebam, katere jih je določil pacient sam. Pacient ob prihodu v bolnišnico izpolni obrazec, na katerem s svojim podpisom potrdi in določi, katerim osebam se sme posredovati informacije o njegovem zdravstvenem stanju in komu dovoljuje obiske. Pacient ima pravico do neoviranega vpogleda v zdravstveno dokumentacijo o svojem zdravstvenem stanju ter do prepisa in fotokopije te dokumentacije. Na željo pacienta je zdravnik dolžan pojasniti vsebino dokumentacije. Pacient lahko zahteva določene ukrepe, ki varujejo njegovo zasebnost, na primer, da ga pred drugimi ne sprašujejo po osebnih podatkih, da ga v čakalnici ne kličejo z osebnim imenom, da mu zdravstveno osebje zagotovi intimnost pri izvajanju storitev itd. Zdravstveno osebje mora s pacientovimi podatki ravnati v skladu s predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov. Kot poklicno skrivnost so dolžni varovati vse, kar pri opravljanju svojega poklica ali dela izvedo o pacientu (Prebil, et al., 2010).

### 2.3.3 Zagotavljanje zasebnosti

4. načelo Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije pravi: »Medicinska sestra spoštuje dostojanstvo in zasebnost pacienta v vseh stanjih zdravja, bolezni in ob umiranju.« Standardi medicinski sestre narekujejo opravljati dejavnost na način, ki vključuje pacienta kot enkratnega in neponovljivega. Spoštovati mora pravico pacienta do zasebnosti, še posebej pri njegovi intimnosti. Pravica do zasebnosti je izražena tudi v Ustavi Republike Slovenije. Zagotavlja nedotakljivost človekove telesne in duševne celovitosti, njegove zasebnosti ter osebnostnih pravic (Prebil, et al., 2010).

Pravice pacienta do zasebnosti so v praksi pogosto kršene. V Društvu medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Ljubljana je raziskava pokazala, da je največ kršitev zasebnosti ob razgovoru s pacientom ali zaradi neupoštevanja njegove telesne zasebnosti ter zaupnosti podatkov. Razgovori o pacientu na neprimernih krajih, posredovanje njegovih podatkov drugim osebam, ki niso del zdravstvenega tima, pomeni izdajo poklicne skrivnosti (Velepič, 2011).

Woogara (2005) je mnenja, da sta telesna zasebnost pacienta in dostojanstvo kršena že ob vdoru v njegovo okolje, posedanju na njegovi postelji ali pri neupoštevanju njegovih želja glede spremembe lege bolniške postelje. Pacienta lahko razvrednotimo že z uporabo zanj neprimerne pižame, preklanih srajc in puščanjem urinskih račk ali nočnih posod ob pacientu v času obrokov.

Načini za upoštevanje osebnosti in spoštovanja pacienta so:

- pacientu vedno povemo, kaj bomo delali, in se z njim dogovorimo o samem poteku dela;
- odeje nikoli ne odstranimo brez predhodnega obvestila;
- pri osebni higieni celega telesa odkrijemo samo tisti del, ki ga umivamo;
- ničesar, kar pripada pacientu, ne smemo odvreči brez njegovega dovoljenja;
- za osebne razgovore npr. z zdravnikom ali duhovnikom, pacientu nudimo prosto sobo;
- pacientova soba je njegov drugi dom, zato v nekaterih ustanovah (npr. dom za starejše občane) potrskamo, preden vstopimo (Prebil, et al., 2010).

Woogara (2001) je mnenja, da se spoštovanje zasebnosti pojavlja v več oblikah. To so na primer pravica do zasebne lastnine, pravica do zaščite pacientovih zdravstvenih in osebnih podatkov, pravica do dostojanstvene obravnave med izvajanjem intimne nege in pravica do nadzora nad osebnim prostorom. Da bi spoštovali pravico do zasebne lastnine, bi morali pacientom omogočiti nošenje svojih oblek, razen če je zaradi zagotavljanja bolj kakovostne oskrbe zanj ugodnejša bolnišnična obleka. Pogosto nošenje halj olajša zdravstveni proces, vendar lahko trdimo, da se s tem ustvarja ponižujoče ozračje za paciente. To krepi načela paternalističnega vedenja in razširi vrzel v odnosu pacient – medicinska sestra. Prav tako k spoštovanju zasebne lastnine spadajo osebni predmeti, ki jih pacienti hranijo v omaricah. Pomanjkanje zmogljivosti za

njihovo varno shranjevanje v zaklenjenem prostoru zaostreje pacientovo pomanjkanje nadzora nad njegovim okoljem.

Telesno dostojanstvo lahko človek izgubi, kadar je odvisen od drugih. Todorov (1996 cited in Šmitek, 2006, p. 26) pravi, da se dostojanstvo posameznika izraža v skrbi za njegovo telo. To človeku predstavlja notranjo vrednost oziroma človečnost. V kolikor mu to odvzamemo, ga ponižamo ter postavimo na raven nižje od nas.

#### 2.3.4 Spoštovanje Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov je zbirka pravil in predpisov o etičnem delovanju, zapis vrednot v zdravstveni negi ter opis temeljnih nalog medicinske sestre, ki temelji na spoštovanju človekovih pravic. Pravice, ki so povezane z zdravstveno nego, so pravica do spoštovanja človekovega življenja, pravica do dostojanstva in pravica do spoštljive obravnave. Vodilna načela v zdravstveni negi so: načelo dobronamernosti, načelo neškodovanja, načelo pravičnosti ter načelo avtonomnosti. Ta načela mora zdravstveno osebje upoštevati pri izvajanju vseh aktivnosti zdravstvene nege. Kodeks etike je vodnik in spodbuda za delovanje medicinske sestre. Pomaga ji pri oblikovanju etičnih vrednot in je podlaga za etično presojo. Kodeks etike tudi olajša odločanje pri njenem delu, še posebno ob nastopu raznih dilem. Še posebej pomembno je četrto načelo iz Kodeksa etike, ki govori o spoštovanju dostojanstva in zasebnosti pacienta v vseh stanjih zdravja, bolezni in ob umiranju. To mora še posebej spoštovati pri svojem delu, kadar gre za bolezen in s tem povezano trpljenje, ki že samo po sebi prizadene človekovo dostojanstvo. Načelo se nanaša tudi na delo medicinske sestre z umirajočim in na skrb za tiste, ki so zaradi umrlega prizadeti (Prebil, et al., 2010).

Pacient želi od medicinske sestre poleg sodelovanja v procesu zdravljenja občutek varnosti, razumevanje, spoštovanje njegovih pravic in zaupen odnos. Pridobitev zaupanja je v veliki meri odvisno od samega pristopa medicinske sestre in kakšna bo njena komunikacija z njim. Zaupnost in zasebnost kot etično načelo profesionalnega kodeksa etike zavezuje medicinsko sestro k poklicni molčečnosti, za katero kršitev je moralno, etično in kazensko odgovorna (Velepič, 2011). Medicinska sestra mora

spoštovati pacientove individualne potrebe in vrednote ter ga obravnavati kot edinstveno osebnost. Delovati mora zdravstveno vzgojno. Moralne in človeške odgovornosti medicinski sestri določajo, da opravlja delo v izjemnih razmerah (Ivanjko, 2009).

## **2.4 TERAPEVTSKA KOMUNIKACIJA IN NJEN POMEN ZA OHRANJANJE DOSTOJANSTVA**

Beseda komunicirati (lat. *communicare*) pomeni biti v medsebojni zvezi, sporočati, priobčiti, stkati določen odnos. Ljudje smo socialna bitja, zato hote ali nehote neprestano komuniciramo drug z drugim. To počnemo tudi takrat, kadar molčimo. Drug z drugim delimo izkušnje, mnenja, občutke in čustva. S svojim razmišljanjem želimo vplivati na druge ljudi in z njimi vzpostaviti določen odnos. Poleg besed tudi z govoricico telesa sporočamo razne podatke in sporočila. Vzpostavljamo medosebne odnose, ki jih lahko še bolj razvijemo ali pa jih prekinemo. S tem nezavedno vplivamo drug na drugega. Kakovost glasu, način in hitrost našega govora so znaki, ki sporočajo, kako vidimo drugo osebo in naš odnos do nje. Govoricico spremlja veliko znakov. Z njimi sporočamo kaj želimo, velikokrat pa s tem tudi razkrivamo, česa ne želimo (Rakovec Felser, 2009).

Terapevtska komunikacija predstavlja medosebni odnos. Pacient ga vzpostavi z medicinsko sestro ali zdravnikom. Osebe je v tem primeru osredotočeno na potrebe pacienta. S terapevtskim odnosom lahko zaznajo pacientove skrbi. Z elementi terapevtske komunikacije, kot so na primer vzpostavitve očesnega stika, opazovanje, poslušanje, pravilna uporaba telesnega dotika ter spoštovanje pravice do samoodločanja o sebi so lahko pacientu v pomoč in podporo (De Vito, 2004).

Zdravstvena nega je neposredna pomoč, pri kateri izkušnje, čustva, vdanost in razmerja predstavljajo velik del vsakodnevnega dela. Izvajajo ga ljudje, za ljudi, k ljudem in kot ljudje (Tschudin, 2004). Odnos, ki ga pacient in njegovi svojci vzpostavijo z medicinsko sestro, je zelo pomemben, saj ima pomembno vlogo tudi v nujenju psihične podpore in pomoči. Odnos med pacientom in medicinsko sestro je nujno poklicni, usmerjen k skupnim ciljem in zasnovan na načelih vzajemnega sodelovanja. Pogosto pa je tudi terapevtski. Določajo ga načela usmerjenosti k pacientu. Medicinska sestra naj bi

zato usvojila specifična znanja in spretnosti s področja psihologije osebnosti, socialne psihologije in zlasti psihologije medosebnega komuniciranja. Gotovo bo tako lažje usmerjala in spodbujala paciente tako v procesih preiskav, kot njihovega zdravljenja in rehabilitacije. Njena zmožnost vživljanja v tujo kožo in razumevanje pacientovega položaja brez dvoma prispeva k dobremu stiku s pacientom in praviloma spodbuja njegovo pripravljenost za sodelovanje z njo. Seveda pa ni vse odvisno le od nje. Medicinska sestra je pri negi pacienta večkrat v časovni stiski, ker ima na skrbi preveliko število pacientov hkrati ali pa so ti pacienti ne toliko telesno težko bolni kot naporni zaradi svoje zahtevnosti v komuniciranju z njo (Rakovec Felser, 2009).

Osnovne značilnosti terapevtske komunikacije so: usmerjenost k pacientu, usmerjenost k ciljem, empatija, spoštovanje, sprejemanje, zaupanje in samorazkrivanje. Za izvajanje terapevtske komunikacije je potrebno, da so v praksi jasno izraženi koncepti zaupanja, spoštovanja integritete, pravic, aktivne vloge, dostojanstva in avtonomije posameznika (Hercan, et al., 2006).

Zdravstveno osebje ne more storiti napake v komunikaciji, če v stikih s pacienti in njihovimi svojci izhajajo iz njihovega položaja, če poskušajo oceniti in se približati njihovim potrebam in pričakovanjem in pri delu z njimi čim manj izhajati iz lastnega položaja. Tako lahko navedemo primer zgrešene komunikacije mlade medicinske sestre, ki pacienta med vožnjo na preiskave ogovarja z atek ali celo dedek, misleč, da dela s tem bolnišnično okolje pacientu bolj domače in prijazno. Taka raba naslavljanja ima navadno slabšalni pomen in razen enostranskega, samovoljnega zmanjševanja socialne distance, pomeni tudi skrite namige na posameznikovo starost in z njo povezano nemoč in odvisnost. Na takšna sporočila pa je navadno vsakdo, ki je zaskrbljen za zdravje in pričakuje razen učinkovite zdravniške pomoči še razumevajoč človeški odziv, navadno še posebno občutljiv (Payne & Walker, 2002).

V zdravstveni oskrbi je pomembno, da pacientom dajemo kratka in jasna navodila. Verbalna sporočila naj bi bila zato konkretna, nedvoumna ter lahko razumljiva. Srečamo se s pacienti, ki so lahko anksiozni. Anksioznost oslabi človekovo pozornost,

spomin in običajno discipliniranost v miselnem toku, zato je bolje postavljati enostavna in ciljna vprašanja (Rakovec Felser, 2009).

Bailey in Wilkinson (1998 cited in Rungapadiachy, 2003) sta ugotovila, da si pacienti v stiku in v komunikaciji z zdravstvenim osebjem želijo predvsem poslušanja, kratkih in razumljivih vprašanj, razločen in dovolj glasen pogovor ter očesni stik.

#### 2.4.1 Verbalna komunikacija

Od medicinske sestre se pričakuje, da se zna pogovarjati, zna poslušati in slišati, zna izrekati mnenja, oblikovati ideje, predvsem pa izraziti veliko razumevanje do pacienta in svojcev. Medicinska sestra je oseba, ki ob pacientu preživi veliko časa in je njegov najbolj pogosti sogovornik. Pomembno je, da pozna verbalno in neverbalno komunikacijo ter nekatere druge posebnosti komunikacije z bolnimi ljudmi. Med te posebnosti uvrščamo zagotavljanje pacientovih pravic, spoštovanje, molčečnost in druga etična načela odnosov. Med medicinsko sestro in pacientom mora biti enakovreden komunikacijski odnos. Izrečene besede lahko pri pacientu vzbudijo pozitivne ali negativne predstave ali čustvene povezave. Bolan človek včasih potrebuje le topel pogled, pomirjajoči dotik ali pa samo razumevajočo besedo. Način komunikacije je potrebno prilagajati glede na značaj posameznika, saj so nekateri potrpežljivi, aktivni spraševalci, spet drugi pasivni, nezainteresirani (Železnik, 2006).

Spoštovanje osebnosti in dostojanstva se odraža že z ogovarjanjem. Pacienta kličemo po imenu in priimku ter s spoštljivim nazivom, ki ustreza pacientovi starosti. Tikanje omejimo na mlajše paciente, sicer večinoma ni primerno. Spoštljivo naslavljanje in vikanje daje pacientu občutek, da ga obravnavamo resno (Mohar, 1997). Spoštovanje pacienta se odraža tudi z osebno zavzetostjo in osebnim odnosom do pacienta. Velikokrat se namreč zgodi, da sicer delavec opravi svoje delo dobro, vendar brez notranje zavzetosti. Spoštovanje pacienta je razvidno že v malenkostih, kot na primer, kako znamo pacienta poslušati, kako se z njim pogovarjamo, ali smo se mu predstavili itd. Velikokrat se srečamo z nemočnim pacientom, katerega lahko s svojimi neprimernimi dejanji zelo prizadenemo, če ga npr. slečemo vsem na očeh, mu odvzamemo osebne stvari, ga popolnoma razgalimo itd. Veliko žalitev in kršitev

človeškega dostojanstva predstavljajo tudi pikre, prikrita pripombe, na primer pri zdravstveni negi inkontinentnih pacientov, ali komentarji o razvajenosti, še zlasti, kadar gre za otroke (Prebil, et al., 2010).

S poseganjem v besedo, gostobesednostjo, razlagami brez premorov, z begajočimi očmi, praznim pogledom, s takšnimi in drugačnimi znaki povemo veliko o sebi. Predstavimo se kot človek, ki je poln sebe in ga drugi ne zanimajo. Če nam manjka spretnosti aktivnega poslušanja, ne bomo nikoli razumeli pacienta. Tako delo, ki ga poklicno opravljamo, nam lahko postane naporno in odvratno, zato je prav, da se kot del zdravstvene ekipe naučimo aktivnega poslušanja. Aktivno poslušanje zdravstvenemu osebju omogoči, da prepoznajo problem, ki je za pacienta v tistem trenutku pomemben, razumevanje pacientovih stališč in odločitev, nepristransko razlago ter uporabo tehnik terapevtskega komuniciranja (Rakovec Felser, 2009).

#### 2.4.2 Neverbalna komunikacija

Enako kot aktivno poslušanje, spremljanje povedanega, je v stiku z drugo osebo pomembno tudi zasledovanje neverbalnih sporočil. Pogled z očmi, izraz na obrazu, ki je lahko trd in napet ali pa mehak in sproščen, topel in zgovoren ali hladen in brezizrazen, pove o dogajanju v stiku dveh ali več oseb zelo veliko. Če k temu dodamo še zmajevanje z glavo, zavijanje z očmi, skomig z rameni ali pa dvig in razpiranje rok, imamo že verigo dokaj jasnih sporočil. Skremžen obraz, skupaj s skomigom ramen, lahko pomeni hudo negotovost, napoved nepredvidljivih razmer. Jasno sporočilo imajo tudi v tla ali navzgor usmerjen pogled, grbančenje čela, prestopanje z ene noge na drugo, ob telesu spuščene roke in podobno. Izražanje z besedami lahko nadziramo, medtem ko nebesedne govornice ne obvladamo vedno, saj je ta bolj zgovorna. V okolje nezavedno oddajamo razna sporočila, predvsem z držo našega telesa in mimiko obraza. Ta sporočila nastanejo povsem spontano ter odražajo naše dejanske misli. Nebesedna sporočila so pomembna tudi v zdravstvu, saj smo veliko v stiku z ljudmi. Kakovost opravljenega dela je odvisna od tega, kako dobro smo vzpostavili odnos (Rakovec Felser, 2009).

Razumevanje nebesedne komunikacije sporočanja je profesionalna vrlina, poznavanje njenih elementov pa pogoj za korekten in zaupljiv odnos s pacientom. Elementi

nebesedne komunikacije so: pogled, dotik, medosebni prostor, razdalja, izraz obraza, zunanji videz, molk, čas, vonj in fiziološke reakcije. Dotik je neizogibni element pri izvajanju negovalnih intervencij in eden izmed najbolj uporabljenih načinov nebesedne komunikacije. Dotik lahko nadomesti besede. Dotik je čaroben in edinstven, če je uporaben v pravem trenutku in na primeren način (Klemenc, 2006).

Stisk pacientove roke, božanje po licih, brisanje solz ali pa kratko trepljanje po ramenih ima za pacienta, ki trpi ali ga je strah, terapevtske učinke. Na ta način se pacient lahko pomiri, ima občutek, da ni več sam in je razumljen. Z ustreznim dotikom v pravem trenutku lahko s pacientom vzpostavimo zaupljiv odnos, zaradi katerega boljše sodeluje z nami. Pri tem je potrebno prepoznati pacientova nebesedna povratna sporočila. Če pacienta primemo za roko in jo ta odmakne, je to znamenje, da ga je dotik zmotil. Upoštevati je tudi treba, da tisti, ki nepovabljen vstopa v telesni stik s pacientom, na to prej opozori v smislu: »Gospod Jenko, izmerila vam bom krvni tlak, zato bova dvignila vaš rokav, da lahko tole ovijeva okoli roke. Prav?« Gre za napoved, da se ima namen vstopiti v pacientov prostor zasebnosti in da se tega ne misli storiti nenapovedano in brez njegovega privoljenja (Rakovec Felser, 2009).

Tudi zdravstveno osebje, hote ali nehote, ravno s telesno govorico veliko pove o sebi. Medicinska sestra s prekrižanimi rokami in nogami, z glavo dvignjeno nad pacienta, bo težko pridobila pacienta na svojo stran. Malo verjetno je, da ji bo zaupal in videl v njej osebo, ki je zmožna zanj odgovorno skrbeti (Rakovec Felser, 2009).

Delavci v zdravstvu se morajo na stresna znamenja odzivati zbrano, umirjeno in razumevajoče, saj to od njih zahteva poklic. Zdravstveni delavec dela z ljudmi in za ljudi. To pomeni, da je v eni osebi združenih več vlog vzgojitelja, strokovnjaka, zaupnika in še kaj (Flajs, 2005).

#### 2.4.3 Tehnike terapevtske komunikacije

Terapevtska komunikacija pomeni, da medicinske sestre uporabljajo komunikacijo, na način, da je v korist njihovim pacientom (Ramšak Pajk, 2011). Je holistična in usmerjena k pacientu. To pomeni, da upošteva pacientovo socialno ozadje, okoliščine



ter njegove psihične, fizične in duhovne potrebe (Rosenberg, n.d. cited in Prebil & Ramšak Pajk, 2011, p. 209). Terapevtska komunikacija je sestavljena iz posebnih tehnik, ki vključujejo uporabo odprtih vprašanjih, dotika, informiranja in pojasnjevanja ter s ciljem vzpostaviti odnos med medicinsko sestro in pacientom, ki temelji na medsebojnem zaupanju in spoštovanju (Kleier, 2013). McCabe in Timmins (2006) sta mnenja, da je terapevtska komunikacija širok pojem v zdravstveni negi, ki je povezan s svetovanjem in psihoterapijo.

Tehnike terapevtske komunikacije so:

- *Aktivno poslušanje* pomeni aktiven proces sprejemanja informacij in reakcij na sporočilo. Odraža neverbalno komunikacijo medicinske sestre, ki z zanimanjem posluša pacienta.
- *Tišina* je spretnost odzivanja, ki omogoča pacientu in medicinski sestri komuniciranje brez besed.
- *Odprta vprašanja* – pacientu pojasnimo vprašanja, da sam določi smer in se odloči, kaj je zanj primerno.
- *Potrdilo* je spoznanje pacienta, da vpliva na medsebojni odnos.
- *Odras, presoja* je usmerjena na pacientove ideje, čustva, vprašanja.
- *Iskanje razjasnitve* pomeni, da pacientu podamo dodatno razlago pri razumevanju sporočila.
- *Povzetek* pomaga pacientu, da loči pomembno od nepomembnega. Služi kot pregled in zaključek interakcije.
- *Načrtovanje* pomeni skupno odločitev glede ciljev, ki smo jih zastavili skupaj s pacientom (Ule, 2009).

### 3 EMPIRIČNI DEL

#### 3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je predstaviti dostojanstvo pacienta na teoretični ravni ter opisati terapevtsko komunikacijo kot pomemben del ohranjanja dostojanstva pacienta. Ugotoviti želimo mnenja in stališča medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov do ohranjanja dostojanstva pacientov ter ali se ta mnenja razlikujejo glede na stopnjo dosežene izobrazbe. Ker se samo dostojanstvo prepleta tudi s Kodeksom etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter Zakonom o pacientovih pravicah, bomo ugotavljali tudi, ali zdravstveno osebje spoštuje te predpise.

Cilji diplomskega dela so ugotoviti:

- dojemanje koncepta dostojanstva pacienta s strani medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov;
- načine ohranjanja dostojanstva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov pri pacientu ter raziskati upoštevanje Kodeksa etike medicinskih sester in pravice pacientov pri njihovem delu;
- zavedanje medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov o pomenu terapevtske komunikacije kot pomemben dejavnik pri ohranjanju dostojanstva pacienta.

#### 3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

- Na kakšen način medicinske sestre in zdravstveni tehniki ohranjajo in spoštujejo dostojanstvo pacienta?
- V kolikšni meri se medicinske sestre in zdravstveni tehniki zavedajo pomena terapevtske komunikacije kot pomembnega elementa ohranjanja dostojanstva pacienta?
- V kolikšni meri medicinske sestre in zdravstveni tehniki spoštujejo kodeks etike in zakon o pravicah pacientov?
- Kako se mnenja in stališča medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov o ohranjanju dostojanstva pacienta razlikujejo glede na stopnjo dosežene izobrazbe?

### 3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

#### 3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Raziskovalni del diplomskega dela je temeljil na deskriptivni kvantitativni metodi empiričnega raziskovanja. V teoretičnem delu diplomskega dela smo uporabili pregled strokovne literature. Pregled literature je bil narejen s pomočjo strokovnih člankov, strokovnih knjig ter z slovenskimi in tujimi podatkovnimi bazami, kot so CINAHL, MEDLINE, ERIC, SPRINGERLINK, COBISS. Za iskanje literature v slovenskih podatkovnih bazah smo izbrali naslednje ključne besede: dostojanstvo, spoštovanje, pacientove pravice, komunikacija, zdravstvena nega, avtonomija, v tujih podatkovnih bazah pa dignity, respect, patient rights, communication, health care, autonomy. Na enak način smo literaturo iskali tudi v knjižnici Fakultete za zdravstvo in v Knjižnici A. T. Linhartaradovljica.

#### 3.3.2 Opis merskega instrumenta

Kot raziskovalni instrument za zbiranje podatkov smo uporabili vprašalnik, ki smo ga sestavili na podlagi pregleda literature in strokovnih člankov več avtorjev (Šmitek, 2006; RCN, 2008; Matiti & Trorey, 2008; Tschudin, 2004; idr.). Prvi del vprašalnika je vseboval vprašanja o demografskih značilnostih, v drugem delu pa je bila uporabljena petstopenjska Likertova lestvica s trditvami od 1 do 5: 1 – da se s trditvijo sploh ne strinjajo, 2 – da se s trditvijo ne strinjajo, 3 – da se s trditvijo niti strinjajo niti ne strinjajo (so neopredeljeni), 4 – da se s trditvijo strinjajo in 5 – da se s trditvijo popolnoma strinjajo. Likertova lestvica se je navezovala na stališča medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov glede ohranjanja dostojanstva pacienta, pomena terapevtske komunikacije pri ohranjanju dostojanstva ter na spoštovanje Kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije ter pacientovih pravic. V drugem sklopu je bilo poleg Likertove lestvice uporabljeno še vprašanje odprtega tipa, kjer so anketiranci odgovarjali z besedilom. Tretji sklop je poleg Likertove lestvice vseboval sestavljeno vprašanje po intervalni lestvici, kjer so anketiranci razvrstili trditve po pomembnosti, in sicer od 1 – najpomembnejša, do 7 – najmanj pomembne. Test zanesljivosti instrumenta smo naredili s pomočjo koeficienta Cronbach alfa.

## 3.3.2.1 Zanesljivost vprašalnika

**Tabela 1: Zanesljivost vprašalnika**

Sklop	n	koeficient Cronbach $\alpha$
Stališča medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov glede načinov ohranjanja dostojanstva pacienta	10	0,843
Pomen terapevtske komunikacije pri ohranjanju dostojanstva pacienta	10	0,683
Spoštovanje kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov ter zakona o pacientovih pravicah	10	0,782
Vloga medicinske sestre pri ohranjanju dostojanstva pacienta (celoten vprašalnik)	30	0,877

Cronbach alfa = koeficient zanesljivosti; n = število vprašanj

Za preverjanje zanesljivosti instrumentarija smo izračunali Cronbach alfa koeficient. Iz Tabele 1 lahko vidimo, da so vrednosti alfa koeficientov zadovoljivo visoke, kar kaže na ustrezno zanesljivost celotnega vprašalnika in posameznih sklopov.

Izmed treh sklopov vprašalnika se je kot najbolj zanesljiv izkazal prvi sklop, s katerim smo ocenjevali stališča medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov glede načinov ohranjanja dostojanstva pacientov. Najnižji koeficient zanesljivosti pa je imel drugi sklop vprašalnika, s katerim smo ocenjevali zaznavanje pomena terapevtske komunikacije pri ohranjanju dostojanstva pacienta. Vrednost koeficienta celotnega vprašalnika je 0,877, kar potrjuje, da je naš vprašalnik dovolj zanesljiv.

## 3.3.3 Opis vzorca

V okviru raziskave smo uporabili namenski vzorec. V raziskavo smo vključili zdravstvene tehnike/srednje medicinske sestre, višje in diplomirane medicinske sestre oziroma diplomirane zdravstvenike, zaposlene v Psihiatrični bolnišnici Begunje in

Domu upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice. V anketiranje smo vključili tudi negovalce iz doma upokojencev, saj so ravno tako veliko v stiku s pacienti. Razdelili smo 100 vprašalnikov. Realizacija vzorca je bila 60-odstotna, saj je bilo vrnjenih 60 vprašalnikov, od tega 31 vprašalnikov iz Psihiatrične bolnišnice Begunje in 29 vprašalnikov iz Doma upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice. Anketiranje je bilo izvedeno v mesecu oktobru in novembru leta 2014. Vprašalniki so bili anonimni in uporabljeni le v namen tega diplomskega dela. Za raziskavo smo pridobili pisno dovoljenje obeh omenjenih bolnišnic.

**Tabela 2: Delež vrnjenih anketnih vprašalnikov**

	<b>Psihiatrična bolnišnica Begunje</b>	<b>Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice</b>	<b>Skupaj</b>
Število poslanih anketnih vprašalnikov	50	50	100
Število vrnjenih anketnih vprašalnikov	31	29	60
Delež vrnjenih anketnih vprašalnikov	62 %	58 %	60 %

Iz Tabele 2 lahko vidimo, da smo tako v Psihiatrično bolnišnico Begunje kot tudi v Dom dr. Franceta Bergelja poslali 50 vprašalnikov, torej skupno 100 vprašalnikov. Iz Psihiatrične bolnišnice Begunje smo prejeli 31 izpolnjenih vprašalnikov, kar predstavlja 62 %, v domu dr. Franceta Bergelja pa se je na našo raziskavo odzvalo 29 udeležencev, kar ustreza 58 %.

Skupno se je tako na našo raziskavo odzvalo 60 medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, zaposlenih v Psihiatrični bolnišnici Begunje in Domu dr. Franceta Bergelja Jesenice. Naš končni vzorec so tako v 48,3 % sestavljali udeleženci, zaposleni v Domu dr. Franceta Bergelja Jesenice in v 51,7 % udeleženci, zaposleni v Psihiatrični bolnišnici Begunje.

V nadaljevanju predstavljamo pregled preostalih demografskih značilnosti našega vzorca, in sicer skupno in ločeno po posameznih delodajalcih.

**Tabela 3: Demografske značilnosti vzorca**

	<b>PBB n</b>	<b>DJB n</b>	<b>SKUPAJ</b>	<b>DELEŽ %</b>
<b>SPOL</b>				
Moški	11	1	12	20,0
Ženski	20	28	48	80,0
Skupaj			60	100,0
<b>STAROST (v letih)</b>				
18–25 let	5	4	9	15,0
26–35 let	12	7	19	31,6
36–45 let	7	9	16	26,7
46 ali več	7	9	16	26,7
Skupaj			60	100,0
<b>IZOBRAZBA</b>				
Zdr. tehnik	20	18	38	63,3
VMS/DMS/DZ	11	3	14	23,3
Negovalec	0	8	8	13,4
Skupaj			60	100,0
<b>DELOVNA DOBA</b>				
0–5 let	4	4	8	13,4
6–10 let	11	4	15	25,0
11–15 let	6	5	11	18,3
16–20 let	1	5	6	10,0
21 let ali več	9	11	20	33,3
Skupaj			60	100,0

n = število anketirancev, % = odstotni delež, VMS = višja medicinska sestra; DMS = diplomirana medicinska sestra; DZ = diplomirani zdravstvenik, PBB = Psihiatrična bolnišnica Begunje, DJB = Dom dr. Franceta Bergelja Jesenice

Iz Tabele 3 je razvidno, da je v raziskavi sodelovalo 12 udeležencev moškega in 48 udeleženk ženskega spola. Izmed udeležencev moškega spola jih je večina (91,7 %) zaposlenih v Psihiatrični bolnišnici Begunje. Izmed ženskih udeleženk pa jih je večji delež (58,3 %) zaposlenih v Domu dr. Franceta Bergelja.

V Tabeli 3 lahko vidimo, da je v celotni raziskavi sodelovalo največ udeležencev, starih med 26 in 35 let (31,7 %). Udeležencev, starih med 36 in 45 ter več kot 46 let je bilo enako, torej 26,7 %. Najmanj sodelujočih je bilo starih med 18 in 25 let, in sicer skupno samo 9. Če primerjamo starostno strukturo udeležencev glede na delodajalca, lahko vidimo, da je iz Psihiatrične bolnišnice Begunje sodelovalo nekoliko več mlajših udeležencev kot iz Doma dr. Franceta Bergelja Jesenice, in sicer je bilo kar 54,8 % udeležencev iz Psihiatrične bolnišnice Begunje starih med 18 in 35 let. Udeležencev iste starostne skupine, ki so zaposleni v Domu dr. Franceta Bergelja Jesenice, pa je bilo zgolj 37,9 %.

Iz rezultatov, navedenih v Tabeli 3 lahko vidimo, da ima kar 63,3 % sodelujočih izobrazbo zdravstvenega tehnika. Večji del preostalih udeležencev (23,3 %) je po izobrazbi bodisi višja ali diplomirana medicinska sestra bodisi diplomirani zdravstvenik. Le osem udeležencev pa je po izobrazbi negovalcev. Pri primerjavi izobrazbe udeležencev glede na delodajalca vidimo, da so vsi negovalci, vključeni v raziskavo, zaposleni v Domu dr. Franceta Bergelja Jesenice. Po drugi strani pa so skoraj vse višje ali diplomirane medicinske sestre in diplomirani zdravstveniki zaposleni v Psihiatrični bolnišnici Begunje. Delež zdravstvenih tehnikov je glede na oba delodajalca približno enak.

Iz Tabele 3 je razvidno, da ima največ (33,3 %) udeležencev 21 let delovne dobe ali več. Sledijo jim udeleženci, ki imajo delovne dobe od 6 do 10 let, in sicer je teh udeležencev 25 %. 18,3 % udeležencev ima od 11 do 15 let delovne dobe. Večina ostalih sodelujočih pa bodisi manj kot 5 let bodisi med 16 in 20 let. Iz Tabele tudi vidimo, da se delovna doba sodelujočih razlikuje glede na to, kje udeleženci delajo. Večina (skoraj 62 %) udeležencev, ki imajo manj kot 15 let delovne dobe, je zaposlenih v Psihiatrični bolnišnici Begunje. Po drugi strani pa je skoraj enak delež udeležencev, ki imajo več kot 15 let delovne dobe, zaposlenih v Domu dr. Franceta Bergelja Jesenice.

Podatek o razlikah v delovni dobi glede na delodajalca smiselno sovпада s podatkom iz Tabele 3, kjer smo ravno tako zabeležili trend mlajših zaposlenih pri prvem delodajalcu in trend nekoliko starejših zaposlenih pri drugem delodajalcu.

### 3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Vprašalnik smo posredovali glavni medicinski sestri v Psihiatrični bolnišnici Begunje in v Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice. Po predhodni pridobitvi soglasja obeh ustanov smo v mesecu oktobru 2014 razdelili vprašalnike negovalcem, zdravstvenim tehnikom/srednjim medicinskim sestram, višjim in diplomiranim medicinskim sestram/diplomiranim zdravstvenikom. Vprašalniki so bili anonimni in uporabljeni le v namen tega diplomskega dela.

Pridobljene podatke smo kvantitativno obdelali s programskim orodjem za statistično obdelavo SPSS 20.0. Pri opisu vzorca smo uporabili frekvence in pripadajoče odstotke, pri Likertovi lestvici pa smo izračunali še povprečno vrednost (PV) in standardni odklon (SO).

Za ugotavljanje povezav med spremenljivkami smo uporabili t-test za neodvisne vzorce in statistični test ANOVA. Za statistično pomembne podatke smo upoštevali razlike, kjer je bila stopnja statistične pomembnosti na ravni 0,05 in manj. Vprašanje odprtega tipa je bilo analizirano s kodiranjem in kategoriziranjem. Pridobljene podatke in rezultate smo prikazali s pomočjo tabel.

### **3.4 REZULTATI**

V okviru diplomskega dela smo sestavili vprašalnik za ocenjevanje mnenja zdravstvenih delavcev o vlogi medicinske sestre pri ohranjanju dostojanstva pacienta. Vprašalnik je bil sestavljen iz treh vsebinskih sklopov, katerih zanesljivost smo preverjali v predhodni fazi raziskave.

V nadaljevanju raziskave prikazujemo analizo odgovorov udeležencev na posamezne tri sklope vprašalnika. Poleg tega prikazujemo tudi odgovore udeležencev na vprašanje odprtega tipa in na vprašanje, pri katerem so morali udeleženci razvrstiti posamezne vidike komunikacije po pomembnosti.

Pri analizi povprečnih odgovorov izmed posameznih treh vsebinskih sklopov vprašalnika so nas zanimale tudi razlike med obema skupinama udeležencev, torej med zaposlenimi v Psihiatrični bolnišnici Begunje in med udeleženci, zaposlenimi v Domu dr. Franceta Bergelja Jesenice. Pri prvem sklopu vprašalnika pa so nas zanimale tudi razlike med udeleženci glede na stopnjo izobrazbe.



**Tabela 4: Prikaz povprečnih odgovorov udeležencev na prvi sklop vprašanj ("Stališča medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov glede načinov ohranjanja dostojanstva pacienta")**

Trditev	PBB (n = 31)		DFBJ (n = 29)		Skupaj		t-test	
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	t- vrednost	P - vrednost
Menim, da je potrebno vsakega pacienta obravnavati spoštljivo in dostojanstveno.	4,77	0,50	4,97	0,19	4,87	0,39	1,998	0,053
Poskušam upoštevati pacientove želje.	4,29	0,69	4,69	0,47	4,48	0,62	2,627	0,011*
Negovalni postopki so izvedeni z pacientovim pristankom.	4,23	0,76	4,24	0,83	4,23	0,79	0,076	0,940
Menim, da spoštovanje pacientovega dostojanstva poveča njegovo zadovoljstvo bivanja v bolnišnici.	4,58	0,62	4,83	0,38	4,70	0,53	1,866	0,068
Pri izvajanju negovalnih/terapevtskih intervencij vedno poskrbim za zasebnost pacienta (zaprem vrata, zagrnem zaveso, zagotovim zasebnost pri oblačenju/slačanju).	4,42	0,62	4,62	0,49	4,52	0,57	1,385	0,171
Pacienta aktivno vključim v proces zdravljenja.	4,35	0,71	4,45	0,69	4,40	0,69	0,518	0,606
Dosledno izvajam ukrepe, ki ohranjajo dostojanstvo.	4,42	0,67	4,52	0,57	4,47	0,62	0,604	0,548
Menim, da imamo medicinske sestre dovolj časa za pacienta v času njegovega bivanja v bolnišnici.	3,35	1,02	2,90	1,23	3,13	1,14	-1,573	0,121
Pacienta obravnavam kot enakovrednega partnerja.	4,13	0,81	4,28	0,84	4,20	0,82	0,691	0,493
Spoštujem avtonomijo pacienta.	4,52	0,63	4,66	0,55	4,58	0,59	0,910	0,367

n = število anketirancev, PBB = Psihiatrična bolnišnica Begunje; DFBJ = Dom dr. Franceta Bergelja Jesenice; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon odgovorov; t-vrednost = testna statistika na podlagi t-testa za neodvisne vzorce; p-vrednost = statistična značilnost t-vrednosti; \*p < 0,05

Iz Tabele 4 vidimo, da se udeleženci strinjajo z večino trditev glede načinov ohranjanja dostojanstva pacientov. V največji meri se udeleženci strinjajo s trditvijo, da je potrebno vsakega pacienta obravnavati spoštljivo in dostojanstveno (PV = 4,87; SO = 0,39). Večina udeležencev tudi meni, da spoštovanje posameznikovega dostojanstva poveča njegovo zadovoljstvo bivanja v bolnišnici (PV = 4,70; SO = 0,53) in da spoštujejo avtonomijo pacienta (PV = 4,58; SO = 0,59). Udeleženci se v najmanjši meri strinjajo s trditvijo, da imajo medicinske sestre dovolj časa za pacienta v času njegovega bivanja v bolnišnici (PV = 3,13; SO = 1,14).

V nadaljevanju smo s pomočjo t-testa proučevali, ali obstajajo pomembne razlike v stopnji strinjanja s posameznimi trditvami med udeleženci, zaposlenimi v Psihiatrični bolnišnici Begunje, in udeleženci, zaposlenimi v Domu dr. F. Bergelja Jesenice. Ugotovili smo statistično pomembno razliko pri trditvi »Poskušam upoštevati pacientove želje.«, kjer so se zaposleni iz Doma dr. F. Bergelja pomembno bolj strinjali z navedeno trditvijo ( $p < 0,05$ ). Zaposleni v Domu dr. F. Bergelja torej v večji meri poskušajo upoštevati pacientove želje kot zaposleni v Psihiatrični bolnišnici Begunje.

Ker nas je zanimalo, ali prihaja do razlik v stališčih do načinov ohranjanja dostojanstva pacientov tudi glede na stopnjo izobrazbo udeležencev, smo v nadaljevanju izvedli še enosmerno analizo variance (ANOVA). V analizo smo vključili vseh 10 postavk prvega sklopa.

**Tabela 5: Povzetek enosmerne analize variance (ANOVA) za preverjanje razlik v stališčih o ohranjanju dostojanstva pacienta glede na stopnjo dosežene izobrazbe udeležencev**

Trditev	Vir razlik/varianci bilnosti	Vsota kvadratov	Stopnje svobode ( <i>df</i> )	Srednji kvadrat	F-razmerje	P-vrednost
Menim, da je potrebno vsakega pacienta obravnavati spoštljivo in dostojanstveno.	Med skupinami	0,294	2	0,147	0,971	0,385
	Znotraj skupin	8,639	57	0,152		
	Skupaj	8,933	59			
Poskušam upoštevati pacientove želje.	Med skupinami	0,055	2	0,027	0,068	0,934
	Znotraj skupin	22,929	57	0,402		
	Skupaj	22,983	59			
Negovalni postopki so izvedeni z pacientovim pristankom.	Med skupinami	0,328	2	0,164	0,257	0,774
	Znotraj skupin	36,405	57	0,639		
	Skupaj	36,733	59			
Menim, da spoštovanje pacientovega dostojanstva poveča njegovo zadovoljstvo bivanja v bolnišnici.	Med skupinami	0,300	2	0,150	0,525	0,594
	Znotraj skupin	16,300	57	0,286		
	Skupaj	16,600	59			
Pri izvajanju negovalnih/terapevtskih intervencij vedno poskrbim za zasebnost pacienta (zaprem vrata, zagrnem	Med skupinami	0,160	2	0,080	0,242	0,786
	Znotraj skupin	18,823	57	0,330		

Trditev	Vir razlik/variančnosti	Vsota kvadratov	Stopnje svobode ( <i>df</i> )	Srednji kvadrat	F-razmerje	P-vrednost
zaveso, zagotovim zasebnost pri oblačenju/slačenju).	Skupaj	18,983	59			
Pacienta aktivno vključim v proces zdravljenja.	Med skupinami	0,837	2	0,419	0,865	0,426
	Znotraj skupin	27,563	57	0,484		
	Skupaj	28,400	59			
Dosledno izvajam ukrepe, ki ohranjajo dostojanstvo.	Med skupinami	0,130	2	0,065	0,162	0,851
	Znotraj skupin	22,804	57	0,400		
	Skupaj	22,933	59			
Menim, da imamo medicinske sestre dovolj časa za pacienta v času njegovega bivanja v bolnišnici.	Med skupinami	4,745	2	2,373	1,873	0,163
	Znotraj skupin	72,188	57	1,266		
	Skupaj	76,933	59			
Pacienta obravnavam kot enakovrednega partnerja.	Med skupinami	0,954	2	0,477	0,704	0,499
	Znotraj skupin	38,646	57	0,678		
	Skupaj	39,600	59			
Spoštujem avtonomijo pacienta.	Med skupinami	0,241	2	0,121	0,338	0,715
	Znotraj skupin	20,342	57	0,357		
	Skupaj	20,583	59			

Iz Tabele 5 lahko vidimo, da razlike v stališčih do načinov ohranjanja dostojanstva pacientov glede na izobrazbo naših udeležencev niso statistično pomembne (vse p vrednosti so večje od 0,05). Različno izobraženi udeleženci se torej ne razlikujejo v stališčih do načinov ohranjanja dostojanstva pacientov.

Pri prvem vsebinskem sklopu vprašalnika smo zastavili tudi odprto vprašanje (»Kako razumete pojem ohranjanje dostojanstva pacienta?«). Odgovore udeležencev na to vprašanje smo analizirali tako, da smo kodirali in kategorizirali odgovore glede na njihovo vsebino. Pogostost posameznih odgovorov prikazujemo v spodnji tabeli. Pri tem je potrebno poudariti, da je na to vprašanje odgovorilo le 37 (61,7 %) udeležencev. Nekateri odgovori udeležencev pa so bili tako obsežni, da smo jih lahko umestili v več kategorij (tabela 6).

**Tabela 6: Prikaz kategorij odgovorov udeležencev na vprašanje odprtega tipa**

Kako razumete pojem ohranjanja dostojanstva pacienta?	
Odgovori (kategorije)	Frekvence odgovorov
Spoštovanje (na splošno).	14
Spoštovanje zasebnosti.	10
Spoštovanje želja, upoštevanje prošenj.	9
Spodbujanje samostojnosti, človečnosti, integritete, individualnosti.	8
Spoštovanje pravic.	6
Ravnaje s pacientom kot s sabo ali s komer koli drugim.	5
Spoštovanje vrednot.	4
Upoštevanje standardov, strokovna korektnost.	4
Ostalo (lajšanje težav, sočutje, empatija).	2

Iz Tabele 6 lahko vidimo, da največ udeležencev razume ohranjanje dostojanstva kot ohranjanje spoštovanja pacientov. Precej visok delež udeležencev razume ohranjanje dostojanstva kot spoštovanje pacientove zasebnosti. Nekoliko manj udeležencev razume pojem ohranjanje dostojanstva kot spoštovanje želja in upoštevanje prošenj ter kot spodbujanje samostojnosti, človečnosti, individualnosti in integritete. Najmanj udeležencev razume pojem dostojanstva kot spoštovanje vrednost, upoštevanje standardov in ostalo (npr. lajšanje težav).

V nadaljevanju statistične analize rezultatov smo pregledali še odgovore udeležencev na preostala dva vsebinska sklopa vprašalnika.

**Tabela 7: Prikaz povprečnih odgovorov udeležencev na drugi sklop vprašanj ("Pomen terapevtske komunikacije pri ohranjanju dostojanstva pacienta")**

Trditev	PBB		DFBJ		Skupaj		t-test	
	(n = 31)		(n = 29)					
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	t-vrednost	p-vrednost
Pacientu se ob prvem srečanju vedno predstavim.	4,58	0,62	4,79	0,41	4,68	0,54	1,571	0,122
Pri komuniciranju uporabljam tehnike terapevtske komunikacije.	4,42	0,62	4,17	0,97	4,30	0,81	-1,186	0,241
Menim, da smo medicinske sestre premalo obveščene o pravilni komunikaciji s	2,97	1,05	3,24	1,06	3,10	1,05	1,006	0,319

Trditev	PBB		DFBJ		Skupaj		t-test	
	(n = 31)		(n = 29)		PV	SO	t-vrednost	p-vrednost
	PV	SO	PV	SO				
pacientom								
Na pacientova vprašanja vedno odgovarjam mirno in potrpežljivo.	4,00	0,77	4,31	0,81	4,15	0,80	1,520	0,134
Pacientu nudim čustveno oporo.	4,13	0,62	4,28	0,70	4,20	0,66	0,861	0,393
Med negovalnimi intervencijami (npr. umivanjem) se s pacientom pogovarjam.	4,29	0,53	4,59	0,50	4,43	0,53	2,221	0,030*
Pacientu vedno odgovorim na zastavljena vprašanja.	4,19	0,79	4,48	0,63	4,33	0,73	1,555	0,126
Menim, da imamo dovolj časa za pogovor s pacienti.	3,39	1,20	2,38	0,94	2,90	1,19	-3,598	0,001**
Znanje terapevtske komunikacije mi koristi pri mojem delu s pacienti.	4,23	0,76	3,97	0,94	4,10	0,86	-1,179	0,243
Verbalna komunikacija je bolj pomembna od neverbalne komunikacije.	3,26	1,09	3,18	1,25	3,22	1,16	-0,261	0,795

n = število anketirancev, PBB = Psihiatrična bolnišnica Begunje; DFBJ = Dom dr. Franceta Bergelja Jesenice; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon odgovorov; t-vrednost = testna statistika na podlagi t-testa za neodvisne vzorce; p-vrednost je statistična značilnost t-vrednosti; \*p < 0,05; \*\*p < 0,01

Iz Tabele 7 lahko vidimo, da se udeleženci strinjajo z večino trditev glede pomena terapevtske komunikacije pri ohranjanju dostojanstva pacienta. Udeleženci so v največji meri mnenja, kako pomembno je za ohranjanje dostojanstva, da se pacientu ob prvem srečanju predstavijo (PV = 4,68; SO = 0,54). Večina udeležencev se tudi popolnoma strinja s trditvijo, da se med negovalnimi intervencijami s pacienti pogovarjajo (PV = 4,43; SO = 0,53). Poleg tega se večina udeležencev popolnoma strinja s trditvijo, da pacientu vedno odgovorijo na zastavljena vprašanja (PV = 4,33; SO = 0,73). Udeleženci raziskave so v najmanjši meri mnenja, da imajo dovolj časa za pogovor s pacienti (PV = 2,90; SO = 1,19).

V nadaljevanju smo preverjali, ali prihaja do razlik v zaznavanju pomena terapevtske komunikacije med udeleženci, zaposlenimi v Psihiatrični bolnišnici Begunje, in udeleženci, zaposlenimi v Domu dr. F. Bergelja Jesenice. Zabeležili smo dve razliki v stopnji strinjanja s posameznimi trditvami, in sicer se zaposleni v Psihiatrični bolnišnici Begunje v statistično pomembno večji meri strinjajo s trditvijo, da imajo na voljo dovolj

časa za delo s pacienti ( $p < 0,01$ ). Sklepamo torej lahko, da zaposleni v Psihiatrični bolnišnici Begunje menijo, da imajo dovolj časa za delo s pacienti, medtem ko se zaposleni v Domu dr. F. Bergelja s to izjavo strinjajo v manjši meri. Nasprotno pa se zaposleni v Domu dr. F. Bergelja v pomembno večji meri strinjajo s trditvijo, da se med negovalnimi intervencijami s pacientom pogovarjajo ( $p < 0,05$ ). V stopnji strinjanja s preostalimi postavkami nismo zabeležili pomembnih razlik med obema skupinama udeležencev.

Pri proučevanju pomena terapevtske komunikacije smo udeležencem zastavili tudi vprašanje, pri katerem so morali razvrstiti posamezne oblike komunikacije glede na njihovo pomembnost. Pri tem je ocena 1 pomenila »najpomembnejša oblika« in ocena 7 »najmanj pomembna oblika«. V nadaljevanju prikazujemo tabelo z razvrstitvijo posameznih načinov komunikacije glede na njihovo pomembnost. Pri tem prikazujemo skupno razvrstitev (za vse udeležence) in ločeno za udeležence, zaposlene v Psihiatrični bolnišnici Begunje, in za udeležence, zaposlene v Domu dr. F. Bergelja. Poleg razvrstitve posameznih načinov komunikacije po pomembnosti smo izračunali tudi koeficient skladnosti ( $W$ ) za ocene udeležencev.

**Tabela 8: Skladnost glede pomena posameznih oblik komunikacije**

Pomembnost posameznih oblik komunikacije	Celoten vzorec	Psihiatrična bolnišnica Begunje	Dom dr. F. Bergelja Jesenice
1.	Pogovor	Pogovor	Pogovor
2.	Poslušanje	Poslušanje	Poslušanje
3.	Telesna govorica	Telesna govorica	Dotik
4.	Mimika obraza	Mimika obraza	Telesna govorica
5.	Dotik	Izražanje sočutja	Izražanje sočutja
6.	Izražanje sočutja	Svetovanje	Mimika obraza
7.	Svetovanje	Dotik	Svetovanje
Kendallov $W$ koeficient skladnosti	0,327	0,421	0,330
$p$ -vrednost Kendallovega koeficienta skladnosti	< 0,01	< 0,01	< 0,01

Iz Tabele 8 je razvidno mnenje udeležencev, da je najpomembnejša oblika komunikacije pogovor. Sledita mu poslušanje in telesna govorica. Kot najmanj pomembne oblike komunikacije so udeleženci navedli izražanje sočutja in svetovanje.

Skladnost odgovorov udeležencev je bila razmeroma visoka in statistično značilna ( $W = 0,327$ ;  $p < 0,01$ ).

V nadaljevanju smo proučevali pomembnost posameznih načinov komunikacije glede na to, kje so udeleženci zaposleni. Ugotovili smo, da sta za obe skupini udeležencev najpomembnejša načina komunikacije pogovor in poslušanje. Na tretje mesto pa so udeleženci v Domu dr. F. Bergelja Jesenice postavili dotik, medtem ko so zaposleni v Psihiatrični bolnišnici Begunje na tretje mesto postavili telesno govorico. Dotik so isti udeleženci postavili na zadnje mesto glede pomembnosti, medtem ko so zaposleni v Domu dr. F. Bergelja Jesenice, na zadnje mesto postavili svetovanje. Pomembno je opozoriti, da je bila skladnost med ocenjevalci tudi znotraj skupin (torej med udeleženci iz Psihiatrične bolnišnice Begunje in med udeleženci iz Doma dr. F. Bergelja) razmeroma visoka in statistično značilna ( $p$ -vrednosti obeh koeficientov skladnosti so bile manjše od 0,01).

**Tabela 9: Prikaz povprečnih odgovorov udeležencev na tretji sklop vprašanj ("Spoštovanje kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov ter zakona o pacientovih pravicah")**

Trditev	PBB		DFBJ		Skupaj		t-test	
	(n = 31)		(n = 29)		PV	SO	t-vrednost	p-vrednost
	PV	SO	PV	SO				
Pacienta vedno seznanim z njegovimi pravicami in dolžnostmi.	3,87	0,85	3,72	0,96	3,80	0,90	-0,630	0,531
Kodeks etike je vodnik in spodbuda za delovanje medicinske sestre.	4,45	0,62	4,38	0,62	4,42	0,62	-0,449	0,655
Vse paciente obravnavam enako, ne glede na starost, spol, versko prepričanje, narodnost in gmotni položaj.	4,45	0,81	4,69	0,47	4,57	0,67	1,403	0,167
Pacienta seznanim o razlogu in poteku negovalne intervencije.	4,29	0,64	4,38	0,49	4,33	0,57	0,598	0,552
Pacientove pritožbe jemljem resno.	4,19	0,79	4,24	0,58	4,22	0,69	0,269	0,789
Pacientu pojasnim razloge za jemanje zdravil in stranske učinke predpisanih zdravil.	3,42	1,31	3,97	0,94	3,68	1,17	1,861	0,068
Pacienta informiram in poučim o bolezni in njenem zdravljenju.	3,29	1,27	3,52	1,21	3,40	1,24	0,707	0,483
Pacientu omogočim vpogled v zdravstveno dokumentacijo.	2,32	1,30	3,21	1,05	2,75	1,26	2,908	0,005**
Pri odpustu pacientu podam	3,65	1,33	3,83	1,17	3,73	1,25	0,563	0,576

Trditvev	PBB		DFBJ		Skupaj		t-test	
	(n = 31)		(n =29)					
	PV	SO	PV	SO	PV	SO	t-vrednost	p-vrednost
informacije oz. navodila v zvezi z jemanjem zdravil, nadaljnjem zdravljenju ...								
Pacienta poučim o najboljši oskrbi za svoje zdravje po odhodu iz bolnišnice.	4,26	0,73	4,00	1,13	4,13	0,95	-1,056	0,296

n = število anketirancev, PBB = Psihiatrična bolnišnica Begunje; DFBJ = Dom dr. Franceta Bergelja Jesenice; PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon odgovorov; t-vrednost = testna statistika na podlagi t-testa za neodvisne vzorce; p-vrednost je statistična značilnost t-vrednosti; \*\*p < 0,01

Iz Tabele 9 vidimo, da se vsi zaposleni po večini strinjajo s trditvami glede spoštovanja kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov ter zakona o pacientovih pravicah. Udeleženci so v največji meri mnenja, da vse paciente obravnavajo enako, ne glede na starost, spol, versko prepričanje, narodnost in gmotni položaj (PV = 4,57; SO = 0,67). Večina udeležencev se tudi strinja ali popolnoma strinja s postavko, da je kodeks etike spodbuda in vodnik za delovanje medicinske sestre (PV = 4,42; SO = 0,62). Prav tako so udeleženci po večini mnenja, da pacienta seznanijo o razlogu in poteku negovalne intervencije (PV = 4,33; SO = 0,57). Stopnja strinjanja udeležencev je bila najnižja pri postavki »Pacientu omogočim vpogled v zdravstveno dokumentacijo«, kjer se večji del udeležencev s postavko ni strinjal (PV = 2,75; SO = 1,26).

V nadaljevanju smo proučevali, ali prihaja do razlik v spoštovanju kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov ter zakona o pacientovih pravicah med udeleženci, zaposlenimi v Psihiatrični bolnišnici Begunje, in udeleženci, zaposlenimi v Domu dr. F. Bergelja Jesenice.

Rezultati t-testov so pokazali, da prihaja do pomembnih razlik v stopnji strinjanja s posameznimi postavkami le pri trditvi »Pacientu omogočim vpogled v zdravstveno dokumentacijo« ( $p < 0,01$ ). Pri navedeni postavki so se namreč zaposleni v Domu dr. F. Bergelja Jesenice v pomembno večji meri strinjali s to trditvijo kot zaposleni v Psihiatrični bolnišnici Begunje. Razlike v stopnji strinjanja s preostalimi postavkami so bile majhne in statistično neznačilne.



### 3.5 RAZPRAVA

Izvedena raziskava nam pove, kakšna so stališča negovalcev, medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v Domu dr. Franceta Bergelja Jesenice in v Psihiatrični bolnišnici Begunje glede načinov ohranjanja dostojanstva pacientov. Anketiranci se v največji meri strinjajo, da je potrebno vsakega pacienta obravnavati spoštljivo in dostojanstveno. Prav tako so mnenja, da spoštovanje posameznikovega dostojanstva poveča njegovo zadovoljstvo bivanja v bolnišnici, s čimer se strinjajo tudi Beach et al. (2005), ki v članku Ali pacienti, obravnavani dostojanstveno, poročajo o večjem zadovoljstvu in spoštovanju pri zdravstveni obravnavi? navajajo trditve pacientov, da tisti, ki so izkusili dostojanstveno nego, poročajo o večjem zadovoljstvu s samo bolnišnično oskrbo.

Med drugim so anketiranci kot pomemben vidik ohranjanja dostojanstva navedli spoštovanje pacientove avtonomije. Za Pajnikihar & Lahe (2006) je ohranjanje avtonomije eden izmed pomembnejših vidikov za ohranjanje dostojanstva. Sem spada neodvisnost in možnost odločanja. Načelo avtonomije pacienta je eno izmed vodilnih etičnih načel v zdravstveni negi. Medicinsko sestro obvezuje, da spoštuje pravico pacienta do izbire in odločanja. Tudi Bohinc (2001) navaja avtonomijo kot osebno svobodo pacienta, kar pomeni, da se sam odloči glede na osebne vrednote in prepričanja.

Poleg tega je večina anketirancev navedla, da pri negovalnih ali terapevtskih intervencijah poskrbijo za zasebnost pacienta. S tem se strinja tudi Woogara (2001), ki je mnenja, da vsakdo potrebuje neke vrste zasebnosti za njegovo telesno, čustveno in duhovno blaginjo. Ne glede na to, ali so pacienti sprejeti na oddelek ali pa so oskrbovani na svojem domu, je pričakovati, da se bo njihova zasebnost varovala in spoštovala. Spoštovanje zasebnosti je ključnega pomena in sestavni del celostne zdravstvene oskrbe. To daje pacientom dostojanstvo in ustvarja ozračje zaupanja. Na ta način se pacienti lahko izrazijo in s tem svobodno in dejavno sodelujejo pri lastnem zdravljenju. Takšno okolje zagotavlja pacientom občutek telesnega in duševnega dobrega počutja, kar pripomore k zgodnjemu okrevanju po bolezni. Tudi Predikova (2010) je v svoji raziskavi ugotovila, da medicinske sestre v največji meri spoštujejo

dostojanstvo pacienta, tako da ga zaščitijo pred pogledi drugih z namestitvijo paravana ali zaprejo vrata.

Matiti (1999 cited in Šmitek, 2006) je eden od avtorjev, ki je raziskoval občutek dostojanstva pri pacientih. Ugotovil je, da medicinske sestre ohranjajo dostojanstvo predvsem z zagotavljanjem zasebnosti, ustrezno komunikacijo, z upoštevanjem avtonomije ter z upoštevanjem pacientovih želja. Medicinske sestre so v Šauperlovem (2009) diplomskem delu na vprašanje, kako razumejo pojem ohranjanje dostojanstva, odgovorile, da obravnavajo vsakega pacienta kot individuum ter upoštevajo pacientove potrebe in želje, spoštujejo njihove pravice ter zagotavljajo zasebnost pacienta. Med načini ohranjanja dostojanstva pa so najbolj izpostavile možnost samostojnega odločanja, zagotavljanje zasebnosti, komunikacijo s pacientom ter zagotavljanje poklicne molčečnosti.

Mnenja anketirancev glede ohranjanja dostojanstva pacienta, se glede na stopnjo dosežene izobrazbe ne razlikujejo.

V raziskavi smo ugotovili, da so anketiranci izrazili nestrinjanje s trditvijo, da imajo zaposleni dovolj časa za pacienta v času njegovega bivanja v bolnišnici. Podobno so ugotovili tudi v raziskavi, ki jo je leta 2008 izvedla RCN, saj je kar 65 odstotkov anketiranih medicinskih sester odgovorilo, da nikoli nimajo dovolj časa, da bi profesionalno opravile svoje naloge. Raziskava je kljub temu potrdila zavzetost osebja k dostojni zdravstveni obravnavi (Baillie, et al., 2008).

Rezultati raziskave v diplomskem delu Šurbekove (2012) so pokazale, da stanovalci v največji meri menijo, da se jim dostojanstvo ohranja tako, da zaposleni poslušajo njihove želje, jih prijazno pozdravijo in zagotovijo zasebnost. V naši raziskavi smo ugotovili, da zaposleni v Domu dr. F. Bergelja Jesenice v večji meri poskušajo upoštevati pacientove želje kot zaposleni v Psihiatrični bolnišnici Begunje.

V odprtem vprašanju »Kako razumete pojem ohranjanje dostojanstva pacienta?« je največ udeležencev odgovorilo, da ta pojem razumejo kot spoštovanje pacienta. S tem

se strinja tudi Šmitek (2003), saj poudarja, da ohranjanje dostojanstva, ki je človekova potreba in pravica, omogočamo prav s spoštovanjem pacienta.

V raziskavi nas je prav tako zanimalo, v kolikšni meri se zaposleni zavedajo pomena terapevtske komunikacije kot pomembnega elementa ohranjanja dostojanstva pacienta. Anketirancem se zdi pomembno, da se pacientu ob prvem stiku predstavijo, se med negovalnimi intervencijami z njimi pogovarjajo ter da mu odgovorijo na zastavljena vprašanja. Bili so mnenja, da jim znanje terapevtske komunikacije koristi pri delu s pacienti. Webster in Brayn (2009) sta v svoji študiji ugotovila, da je bila komunikacija za vse udeležence raziskave zelo pomemben dejavnik pri spodbujanju dostojanstva pacienta. Rezultati so pokazali, da slaba ali neprimerna komunikacija s strani zdravstvenega osebja ne zagotavlja dostojanstva pacientom. Nekaj udeležencev je navedlo, da so se počutili zapostavljene, ko so se medicinske sestre pogovarjale med seboj. Ob tem so občutili, da je njihovo dostojanstvo okrnjeno, ker so se počutili nepomembni in izključeni iz pogovora.

Pri zaznavanju pomena terapevtske komunikacije smo pri posameznih trditvah zabeležili dve statistično pomembni razliki v stopnji strinjanja. Zaposleni v Psihiatrični bolnišnici Begunje so se bolj strinjali s trditvijo, da imajo dovolj časa za paciente, kot zaposleni v domu dr. F. Bergelja Jesenice. Slednji so se bolj strinjali s trditvijo, da se med negovalnimi intervencijami s pacientom pogovarjajo. Anketiranci so na vprašanje, katera oblika komunikacije se jim zdi najpomembnejša, odgovorili pogovor. Sledita mu poslušanje in telesna govorica. Raziskave kažejo, da je biti poslušan in slišen osrednji koncept, o katerem pacienti razpravljajo, kadar govorijo o zadovoljstvu z zdravstvenimi delavci (Ule, 2005). V raziskavi, ki jo je naredila Lupton, je bilo ugotovljeno, da so imeli pacienti za najpomembnejšo lastnost dobrih zdravstvenih delavcev pripravljenost si vzeti čas za pogovor s pacienti. Večina pacientov v raziskavi v Avstraliji je imelo dobre komunikacijske veščine zdravstvenih delavcev za najpomembnejšo lastnost, celo bolj pomembno kot strokovno znanje (Lupton, 1996 cited in Ule, 2006). Tudi Rungapadiachy (2003) je mnenja, da je za pacientovo zaupanje pomemben prvi stik in da si medicinska sestra vzame čas za pacienta.

Nazadnje nas je zanimalo v kolikšni meri zaposleni v Psihiatrični bolnišnici Begunje in Domu dr. F. Bergelja Jesenice spoštujejo kodeks etike in zakon o pacientovih pravicah. Na podlagi odgovorov anketirancev je razvidno, da vse paciente obravnavajo enako, ne glede na starost, spol, versko prepričanje, narodnost in gmotni položaj. Večina je bila prav tako mnenja, da kodeks etike zanje predstavlja spodbudo in vodnik za delovanje medicinske sestre. Poleg tega večina anketirancev pacienta seznanijo s potekom negovalne ali terapevtske intervencije. Podobno je bilo ugotovljeno v raziskavi Ham Kacin (2012), da medicinske sestre v največji meri upoštevajo Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije s tem, da enakovredno obravnavajo neozdravljivo bolnega in umirajočega pacienta ne glede na spol, starost, versko prepričanje ter s tem, da ga seznanijo s potekom in aktivnostmi v zdravstveni negi. Presenetilo pa je dejstvo, da kar velik delež medicinskih sester ni bilo tako doslednih pri pridobivanju soglasja za opravljanje aktivnosti zdravstvene nege. Razumevanje koncepta dostojanstva je pomembno za vse zaposlene v zdravstvu. V Veliki Britaniji »Kodeks o profesionalnem vedenju« navaja, da morajo medicinske sestre prepoznati in upoštevati dostojanstvo vsakega pacienta. Seveda pa vsak posameznik dostojanstvo interpretira na svoj način (Nursing & Midwifery Council, 2015).

Zanimiva je bila razlika v stopnji strinjanja pri trditvi, s katero so se anketiranci najmanj strinjali, in sicer da pacientu omogočijo vpogled v zdravstveno dokumentacijo. S to trditvijo so se bolj strinjali zaposleni v Domu dr. F. Bergelja Jesenice kot zaposleni v Psihiatrični bolnišnici Begunje.

Zaradi majhnosti vzorca ima naša raziskava omejitve. Za pridobitev širše slike predlagamo izvedbo kvantitativne raziskave na večjem, bolj reprezentativnem vzorcu, ki bi vključeval medicinske sestre v bolnišnicah, domovih za starejše in patronažni službi v različnih zdravstvenih ustanovah po Sloveniji. Poleg tega bi lahko v raziskavo vključili tudi paciente. S tem bi dobili vpogled, kako na ohranjanje dostojanstva gledajo pacienti. V tem primeru bi morali izbrati mlajše paciente, saj bi bili v podajanju odgovorov nekoliko bolj kritični kot starejša populacija pacientov.

## 4 ZAKLJUČEK

Dostojanstvo je temeljna pravica vsakega človeka in ni odvisna od človekovih pozitivnih ali negativnih telesnih, duševnih ali družbenih značilnosti (Janežič & Klemenčič, 2010).

V zdravstveni negi se odraža humanističen pristop v tem, da poudarja skrb za človeka, njegove vrednote ter ga postavlja v središče dogajanja. Spoštovanje pacientovega dostojanstva in avtonomije sta temelj enakovrednih partnerskih odnosov v zdravstvu. Pri zadovoljevanju potreb pacienta pomaga dobra komunikacija, znanje in spretnosti medsebojnih odnosov. Za ohranjanje posameznikovega dostojanstva je pomembna njegova avtonomija, ki označuje sposobnost sprejemanja odločitev, neodvisnost, presojanje in odločnost. S spoštovanjem pacientove avtonomije mu omogočimo, da obdrži nadzor nad svojim življenjem in na ta način ohrani dostojanstvo. Medsebojni odnosi v zdravstvu zahtevajo vzajemno spoštovanje dostojanstva in avtonomije vseh vpletenih (Pajnkihar, 2006).

Medicinska sestra mora prepoznati vedenjske in strukturne lastnosti pacienta. Nekdo želi prestajati težave sam, spet nekdo drug pa želi, da se z njim čim več ukvarjamo in mu nudimo oporo. Medicinska sestra pa je tista, ki mora te razlike opaziti in jih upoštevati. Zdravstvena nega naj bi delala s pacientom, ne za pacienta, saj je pacient enakovreden partner, ki bi moral imeti vpliv na obravnavo (Janežič & Klemenčič, 2010).

Na osnovi izvedene raziskave ugotavljamo, da ima medicinska sestra zelo pomembno vlogo pri ohranjanju dostojanstva pacienta. Dostojanstvu pacienta se v zdravstveni negi pripisuje vedno večji pomen, saj je pacient v središču zdravstvene oskrbe in ima aktivno vlogo pri odločanju glede zdravljenja. Medicinske sestre morajo biti večje v komunikaciji, poznati kodeks etike in zakon o pravicah pacientov, saj s tem ohranjajo in spoštujejo pacientovo dostojanstvo. Rezultati izvedene raziskave so pokazali strinjanje anketirancev s tem, da je potrebno vsakega posameznika obravnavati spoštljivo in dostojanstveno. Pri svojem delu upoštevajo kodeks etike in zakon o pacientovih pravicah ter na ta način pacientu omogočijo avtonomijo, zasebnost ter upoštevajo želje

pacientov. Zavedajo se pomena komunikacije, saj se ob prvem srečanju predstavijo, se z njimi pogovarjajo in jim odgovarjajo na zastavljena vprašanja. Rezultati raziskave so izpostavili problem, in sicer da imajo zaposleni premalo časa za pogovor s pacienti, zato bi lahko v zdravstvu v prihodnosti več pozornosti namenili tudi tej problematiki.

Raziskava je zajela samo zaposlene v zdravstveni negi, žal pa ne tudi ostalega kadra, ki se pojavlja v zdravstvu. Zaželeno bi bila tudi raziskava med ostalimi zdravstvenimi delavci, saj bi s tem razširili pogled in vidik na ohranjanje dostojanstva s strani drugega zdravstvenega osebja. Poleg tega bi lahko v raziskavo vključili tudi paciente in tako primerjali, kako na ohranjanje dostojanstva gledajo zdravstveni delavci in kako pacienti. Na ta način bi zdravstveno osebje dobilo vpogled v počutje pacientov, s čimer bi pri svojem delu še bolj ohranjali dostojanstvo pacienta.

## 5 LITERATURA

Baillie, L., Gallagher, A. & Wainwright, P., 2008. *Defending dignity - Challenges and opportunities for nursing*. London: Royal College of Nursing, pp. 6–48.

Beach, M. C., Sugarman, J., Johnson, R. L., Arbelaez, J. J., Duggan, P. S. & Cooper, L. A., 2005. Do patients treated with dignity report higher satisfaction, adherence, and receipt of preventive care? *Annals of Family Medicine*, 3 (4), pp. 331–338.

Bohinc, M., 2001. *Filozofija zdravstvene nege in profesionalna etika*. Gradivo za študij za interno uporabo. Ljubljana, Slovenija: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo.

DeVito, J.A., 2004. *The impersonal communication handbook*. Boston: Pearson Education.

Flajs, N., 2005. Učinkovito komuniciranje in reševanje konfliktov. *Seminar s področja komunikacije in kontaktne kulture Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 24. februar 2005*. Maribor: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Hajdinjak, G. & Meglič, R., 2006. *Sodobna zdravstvena nega*. Ljubljana: Visoka šola za zdravstvo, p. 11.

Ham Kacin, K., 2012. *Dostojanstvo bolnika ob koncu življenja: pravni vidiki in etične dileme: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Hercan, T., Pajnkihar, M. & Lahe, M. 2006. Uporaba koncepta terapevtske komunikacije v procesu zdravstvene nege. In: B. Filej, B. M. Kaučič, M. Lahe & M. Pajnkihar, eds. *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temeljna zdravstvene in babiške nege: zbornik referatov in posterjev, 1. Simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo. Maribor, 21. 9. 2006*. Maribor: Društvo medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov, p. 190.

Ivanjko, Š., 2009. Morala in etika v zdravstvu. *Pacientove pravice in dolžnosti: zbornik predavanj*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, p. 48.

Jacobson, N., 2009. Dostojanstvo in zdravje – pregled. In: A. Teršek, A. Kristan, eds. *Človekovo dostojanstvo in duševno zdravje: revija za evropsko ustavnost*. (10), pp. 35–52.

Janežič, K. & Klemenčič, S., 2010. Spoštovanje človekove osebnosti in dostojanstva v zdravstveni negi. In: M. Berkopec, ed. *Dnevi Marije Tomšič. Vrednote v zdravstveni negi. Novo mesto, 21. in 22. januar 2010*. Novo mesto: Splošna bolnišnica: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov: Visoka šola za zdravstvo, pp. 153–155.

Kersnič, P. & Filej, B., 2006. *Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije: Mednarodni kodeks etike za babice*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Kleier, J.A., 2013. Disarming the patient through therapeutic communication. *Urologic Nursing*, 33(3), p. 110.

Klemenc, D., 2006. Komunikacija kot element kakovostne zdravstvene obravnave z vidika etičnih načel in pacientovih pravic. In: B. Filej, B. M. Kaučič, M. Lahe & M. Pajnkihar, eds. *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temeljna zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanj in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 44–45.

Marinič, M., 2012. Zasebnost in dostojanstvo pacienta. *Obzornik zdravstvene nege*, 46 (3), p. 240.



Matiti, M. & Trorey, G., 2008. Patient's expectations of the maintenance of their dignity. *Journal of Clinical Nursing*, (17), pp. 2709–2717.

McCabe, C. & Timmins, F., 2006. *Communication Skills for Nursing Practice*. New York: Palgrave Macmillan, pp. 49–50.

Mohar, P., 1997. *Temelji medicinske etike in deontologije*. Zavod RS za šolstvo. Ljubljana, p. 107.

Nursing & Midwifery Council, 2015. *Read the Code Online*. [Online]. Available at: <https://www.nmc.org.uk/standards/code/read-the-code-online/> [Accesed 22 February 2016].

Pajnkihar, M. & Lahe, M., 2006. Spoštovanje pacientovega dostojanstva in avtonomnosti v medsebojnem partnerskem odnosu med medicinsko sestro in pacientom. In: M. Filej, B. M. Kaučič, M. Lahe & M. Pajnkihar, eds. *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik referatov in posterjev 1. simpozija zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 31–33.

Pajnkihar, M., 2009. Pravice pacientov glede informiranja in vključevanja v proces obravnave. In: P. Kokol, V. Rijavec, L. Kolenc & H. K. Reberšek Gorišek, eds. *Pacientove pravice in dolžnosti: zbornik predavanj z recenzijo*. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 23–28.

Payne, S., & Walker, J., 2002. *Psihologija v zdravstveni negi*. Ljubljana: Educy.

Prebil, A., Mohar, P. & Fink, A., 2010. *Etika in zakonodaja v zdravstvu: učbenik za modul Kakovost v zdravstveni negi v programu Zdravstvena nega*. Ljubljana: Grafenauer, pp. 15–108.

Prebil, A. & Ramšak Pajk, J., 2011. Pomen učenja terapevtske komunikacije študentov zdravstvene nege v simuliranih pogojih. In: B. Skela Savič, S. Hvalič Touzery & J. Zorc, eds. *Na dokazih podprta zdravstvena obravnava – priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj. Ljubljana, 9. 6.–10. 6. 2011.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, p. 209.

Predik, M., 2010. *Spoštovanje pacientovega dostojanstva v zdravstveni obravnavi: magistrsko delo.* Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Rakovec Felser, Z., 2009. *Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja: razumeti in biti razumljen.* Maribor: Pivec, pp. 111–382.

Ramšak Pajk, J., 2011. Etični vidiki terapevtske komunikacije. In: B. Skela Savič, A. Prebil & K. Romih, eds. *Napredna znanja za kakovostno delo s študenti zdravstvene nege – poklicna etika in profesionalni razvoj/4. šola za klinične mentorje. Jesenice, 13. 9. 2011–15. 9. 2011.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego, p. 22.

Rijavec, V., 2009. Varstvo osebnih podatkov. *Pacientove pravice in dolžnosti: zbornik predavanj.* Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede, p. 32.

Royal College of Nursing, 2008. *Defending dignity – challenges and opportunities for nursing.* London: Royal College of Nursing.

Rungapadiachy, D. M., 2003. *Medosebna komunikacija v zdravstvu.* Ljubljana: Educy.

*Slovar slovenskega knjižnega jezika*, 1994. Ljubljana: Slovenska akademija znanosti in umetnosti in znanstvenoraziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti, Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša.

Šauperl, M., 2009. *Profesionalno delovanje medicinske sestre in ohranjanje dostojanstva pacientov v zdravstveni negi: diplomsko delo.* Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

Šmitek, J., 2003. Pomen človekovega dostojanstva v zdravstveni negi. In: D. Klemenc, eds. *Zdravstvena nega v luči etike*. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

Šmitek, J., 2006. Pomen človekovega dostojanstva v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, (40), pp. 23–35.

Šurbek, S., 2012. *Spoštovanje dostojanstva v zdravstveni negi: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.

*The Universal Declaration of Human Rights*, 1948. [Online] Available at: <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml> [Accessed 10 February 2014].

Tschudin, V., 2004. *Etika v zdravstveni negi: razmerja skrbi*. Ljubljana: Educy: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, pp. 1–77.

Ule, M., 2005. *Psihologija komuniciranja*. Ljubljana: Družba Piano.

Ule, M., 2006. Spregledana razmerja: vloga negovalnega komuniciranja v zdravstvu. In: B. Filej, B. M. Kaučič, M. Lahe & M. Pajnkihar, eds. *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege: zbornik predavanj in posterjev 1. simpozij zdravstvene in babiške nege z mednarodno udeležbo*. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov, pp. 15–19.

Ule, M., 2009. *Psihologija komuniciranja in medosebnih odnosov*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

*Ustava Republike Slovenije*, 2008. 7. izd. Ljubljana: GV založba.

Velepič, M., 2011. Spoštovanje zasebnosti in dostojanstva onkoloških bolnikov. In: M. Matkovič & B. Petrijevčanin, eds. *Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkim pacientom: zbornik predavanj*. Maribor: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih

tehtnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babilške nege – Zvezi strokovnih druŝtev medicinskih sester, babilic in zdravstvenih tehtnikov Slovenije, pp. 17–24.

Vuga, S., 1996. Zdravstvena nega in profesionalna etika. In: L. Toplak, ed. *Profesionalna etika pri delu z ljudmi: zbornik*. Maribor: Univerza: Inŝtitut Antona Trstenjaka za psihologijo, logoterapijo in antropohigieno v Ljubljani, pp. 317–323.

Webster, C. & Bryan, K., 2009. Older people's views of dignity and how it can be promoted in a hospital environment. *Understanding patient perspectives. Journal of Clinical Nursing*, (18), pp. 1784–1792.

Woogara, J., 2001. Human rights and patients privacy in UK hospitals. *Nursing Ethics*. 2001, 8 (3), pp. 239–240.

Woogara, J., 2005. Patients privacy of the person and human rights. *Nursing Ethics*, 12 (3), pp. 274–283.

Źeleznik, D., 2006. Pomen komunikacije in etike v zdravstveni negi. In: B. Filej, B. M. Kaučič, M. Lahe & M. Pajnkihar, eds. *Kakovostna komunikacija in etična drŝa sta temeljna zdravstvene in babilške nege: zbornik referatov in posterjev, 1. Simpozij zdravstvene in babilške nege z mednarodno udeleŝbo. Maribor, 21. 9. 2006*. Maribor: Druŝtvo medicinskih sester, babilic in zdravstvenih tehtnikov, pp. 35–36.

## **6 PRILOGE**

### **6.1 ANKETNI VPRAŠALNIK**

Spoštovani!

Sem Maja Kunšič, absolventka Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice. V okviru diplomskega dela pripravljam raziskavo na temo »Vloga medicinske sestre pri ohranjanju dostojanstva pacienta«. Z vprašalnikom, ki je pred vami, bom pridobila pomembne podatke za svoje diplomsko delo.

Prosim, da odgovorite na spodaj navedena vprašanja. Vprašalnik je anonimen, podatki pa bodo uporabljeni izključno za namen diplomskega dela.

Za vaše sodelovanje se vam najlepše zahvaljujem.

Maja Kunšič

## 1. SKLOP: DEMOGRAFSKI PODATKI

Obkrožite odgovor pred trditvijo, ki velja za vas.

### 1. Spol:

- a) moški
- b) ženski

### 2. Starost:

- a) 18–25 let
- b) 26–35 let
- c) 36–45 let
- d) 46 ali več let

### 3. Izobrazba:

- a) zdravstveni tehnik/srednja medicinska sestra
- b) višja medicinska sestra/diplomirana medicinska sestra oz. diplomirani zdravstvenik
- c.) drugo: \_\_\_\_\_

### 4. Delovna doba

- a) 0–5 let
- b) 6–10 let
- c) 11–15 let
- d) 16–20 let
- e) 21 let in več

### 5. Delodajalec

- a) Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice
- b) Psihiatrična bolnišnica Begunje

## 2. SKLOP: STALIŠČA MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV GLEDE NAČINOV OHRANJANJA DOSTOJANSTVA PACIENTA

- Kako razumete pojem »ohranjanje dostojanstva pacienta«?

---



---

Ocenite navedene trditve, ki se nanašajo na vaše izkušnje v poklicnem delu.

Uporabljena je petstopenjska Likertova lestvica, kjer posamezne vrednosti pomenijo:

1 = nikakor se ne strinjam;

2 = se ne strinjam;

3 = neopredeljen;

4 = se strinjam;

5 = se zelo strinjam.

	Trditev	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Neopredeljen	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
V1	1. Menim, da je potrebno vsakega pacienta obravnavati spoštljivo in dostojanstveno.	1	2	3	4	5
V1	2. Poskušam upoštevati pacientove želje.	1	2	3	4	5
V1	3. Negovalni postopki so izvedeni z pacientovim pristankom.	1	2	3	4	5
V1	4. Menim, da spoštovanje pacientovega dostojanstva poveča njegovo zadovoljstvo bivanja v bolnišnici.	1	2	3	4	5
V1	5. Pri izvajanju negovalnih/terapevtskih intervencij vedno poskrbim za zasebnost pacienta (zaprem vrata, zagnem zaveso, zagotovim zasebnost pri oblačenju/slačenju).	1	2	3	4	5
V1	6. Pacienta aktivno vključim v proces zdravljenja.	1	2	3	4	5
V1	7. Dosledno izvajam ukrepe, ki ohranjajo dostojanstvo.	1	2	3	4	5
V1	8. Menim, da imamo medicinske sestre dovolj časa za pacienta v	1	2	3	4	5

	času njegovega bivanja v bolnišnici.					
V1	9. Pacienta obravnavam kot enakovrednega partnerja.	1	2	3	4	5
V1	10. Spoštujem avtonomijo pacienta.	1	2	3	4	5

### 3. SKLOP: POMEN TERAPEVSTKE KOMUNIKACIJE PRI OHRANJANJU DOSTOJANSTVA PACIENTA

- Katera oblika komunikacije se vam zdi v odnosu s pacientom pomembna? Trditve razvrstite po pomembnosti, od 1 – najpomembnejša, do 7 – najmanj pomembna).

Pogovor  
 Dotik  
 Poslušanje  
 Izražanje sočutja  
 Svetovanje  
 Telesna govorica  
 Mimika obraza

	Trditev	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Neopredeljen	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
V2	11. Pacientu se ob prvem srečanju vedno predstavim.	1	2	3	4	5
V2	12. Pri komuniciranju uporabljam tehnike terapevtske komunikacije.	1	2	3	4	5
V2	13. Menim, da smo medicinske sestre premalo obveščene o pravilni komunikaciji s pacientom.	1	2	3	4	5
V2	14. Na pacientova vprašanja vedno odgovarjam mirno in potrpežljivo.	1	2	3	4	5
V2	15. Pacientu nudim čustveno oporo.	1	2	3	4	5
V2	16. Med negovalnimi intervencijami (npr. umivanjem) se s pacientom pogovarjam.	1	2	3	4	5
V2	17. Pacientu vedno odgovorim na zastavljena vprašanja.	1	2	3	4	5
V2	18. Menim, da imamo dovolj časa za pogovor s pacienti.	1	2	3	4	5
V2	19. Znanje terapevtske komunikacije mi koristi pri mojem delu s pacienti.	1	2	3	4	5



V2	20. Verbalna komunikacija je bolj pomembna od neverbalne komunikacije.	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

#### 4. SKLOP: SPOŠTOVANJE KODEKSA ETIKE MEDICINSKIH SESTER IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV TER ZAKONA O PACIENTOVIH PRAVICAH

	Trditev	Sploh se ne strinjam	Se ne strinjam	Neopredeljen	Se strinjam	Popolnoma se strinjam
V3	21. Pacienta vedno seznanim z njegovimi pravicami in dolžnostmi.	1	2	3	4	5
V3	22. Kodeks etike je vodnik in spodbuda za delovanje medicinske sestre.	1	2	3	4	5
V3	23. Vse paciente obravnavam enako, ne glede na starost, spol, versko prepričanje, narodnost in gmotni položaj.	1	2	3	4	5
V3	24. Pacienta seznanim o razlogu in poteku negovalne intervencije.	1	2	3	4	5
V3	25. Pacientove pritožbe jemljem resno.	1	2	3	4	5
V3	26. Pacientu pojasnim razloge za jemanje zdravil in stranske učinke predpisanih zdravil.	1	2	3	4	5
V3	27. Pacienta informiram in poučim o bolezni in njenem zdravljenju.	1	2	3	4	5
V3	28. Pacientu omogočim vpogled v zdravstveno dokumentacijo.	1	2	3	4	5
V3	29. Pri odpustu pacientu podam informacije oz. navodila v zvezi z jemanjem zdravil, nadaljnjem zdravljenju ...	1	2	3	4	5
V3	30. Pacienta poučim o najboljši oskrbi za svoje zdravje po odhodu iz bolnišnice.	1	2	3	4	5