



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**OHRANJANJE DOSTOJANSTVA
ZDRAVSTVENEGA DELAVCA, KO JE V
VLOGI PACIENTA**

**PRESERVING THE DIGNITY OF
HEALTHCARE WORKERS IN THEIR ROLE
AS A PATIENT**

Mentorica: Marjana Bernot, viš. pred.

Kandidat: Nejc Tominc

Jesenice, maj, 2022

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici, Marjani Bernot, viš. pred., za strokovno pomoč in usmeritve pri pisanju diplomskega dela.

Prav tako se za končni pregled zahvaljujem recenzentki, doc. dr. Sedinii Kalender Smajlović, in lektorici, dr. Alenki Čuš, univ. dipl. slov., za popravke.

Iskreno se zahvaljujem tudi moji družini, puncu in vsem, ki so me na kakršenkoli način podpirali in me spodbujali v času študija in pisanja diplomskega dela.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Ohranjanje dostojanstva je zelo pomembno področje zdravstvene nege. Strokovna literatura kaže, da zdravstvena obravnava našega kolega – zdravstvenega delavca sproža različne etične dileme. Namen diplomskega dela je s pregledom literature raziskati in obravnavati koncept ohranjanja dostojanstva zdravstvenega delavca, ko je ta v vlogi pacienta.

Metoda: Izvajamo pregled dostopne strokovne literature iz domačega in tujega okolja iz podatkovnih baz Google Učenjak, PubMed, CINAHL, Obzornik zdravstvene nege in Cobiss. Iskanje je potekalo s pomočjo naslednjih ključnih besed: »dostojanstvo«, »zdravstvena nega«, »zdravstveni delavec v vlogi pacienta«. V podatkovnih bazah CINAHL in PubMed smo pri iskanju uporabili Boolov operator »AND«, s katerim smo povezali »dignity«, AND »nursing care«, AND »healthcare professional as patient«. Vključitveni kriteriji so: literatura, ki je vsebinsko primerna, literatura v slovenskem ali angleškem jeziku, recenzirani članki, raziskovalni in znanstveni članki, literatura izdana med letoma 2010 in 2020, članki, ki so brezplačni in dostopni v polnem besedilu. Izključitveni kriteriji vsebujejo literaturo, ki ne ustreza temi diplomskega dela, ki je starejša od deset let, članke, ki so nedostopni v polnem besedilu ter članke, ki so v drugih tujih jezikih. Obdobje pregleda literature je trajalo od januarja 2021 do marca 2022.

Rezultati: Od 41 primernih člankov je za končno analizo izbranih 18 člankov, ki ustrezajo postavljenim kriterijem. Oblikovali smo 20 kod, katere smo po sorodnosti združili v dve kategoriji; prva kategorija je način ohranjanja oziroma kršenja pacientovega dostojanstva, druga kategorija je dilema pri obravnavi zdravstvenega delavca, ko je ta v vlogi pacienta.

Razprava: Skrb za zdravstvenega delavca, ki je v vlogi pacienta sproža različne etične dileme. Za te paciente je potrebno skrbeti enako kot za vse druge paciente skladno z etičnim kodeksom, pri tem pa poskrbeti za izvajanje oskrbe, ki je usmerjena v osebo – pacienta.

Ključne besede: dostojanstvo v zdravstveni negi, zdravstvena nega, zdravstveni delavec kot pacient

SUMMARY

Background: A very important aspect in nursing and patient care is maintaining dignity. As seen in the professional literature, treatment of our colleague (health worker) raises various ethical dilemmas. The purpose of the diploma thesis is to review and examine the concept of preserving the dignity of a healthcare professional when in the role of a patient by reviewing professional and scientific literature.

Methods: A systematic review of Slovene and foreign literature is performed using Google Učenjak, PubMed, CINAHL, Obzornik zdravstvene nege and Cobiss. The search was conducted using the following keywords: “dostojanstvo”, “zdravstvena nega”, “zdravstveni delavec v vlogi pacienta”. In the CINAHL and PubMed databases, we searched with the Boolean operator "AND", with which we associate "dignity", AND "nursing care", AND "healthcare professional in the role of a patient". In the CINAHL and PubMed databases, we used the Boolean operator "AND" to search, with which we associate "dignity", AND "nursing care", AND "healthcare professional as patient". The inclusion criteria includes: literature that is appropriate for the content, articles published in Slovene or English language, peer-reviewed articles, research or scientific articles, articles published in the period between 2010 and 2020 and free access to the text abstract and the full text articles. Exclusion criteria includes literature that did not correspond to the topic of the thesis, which is older than ten years, articles that are inaccessible in full text and articles that are in other foreign languages. The literature review period is from January 2021 to March 2022.

Results: Out of 41 articles, 18 articles that met the set criteria are selected for the final analysis. 20 codes are identified, which are grouped into two categories according to relatedness. We designed the categories according to the content related to the research questions. First category: the way of maintaining or violating the patient's dignity. Second category: dilemmas in treating a healthcare professional when in the role of a patient.

Discussion: Taking care for a healthcare professional in the role of a patient raises various ethical dilemmas. These patients need to be cared for in the same way as all other patients in accordance with the code of ethics, where the provision of care is focused on the person - the patient.

Keywords: dignity in healthcare, nursing care, healthcare professional as patient

KAZALO

1	UVOD.....	1
2	EMPIRIČNI DEL.....	6
2.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	6
2.2	RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	6
2.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	6
2.3.1	Metode pregleda literature.....	6
2.3.2	Strategija pregleda zadetkov.....	7
2.3.3	Opis obdelave podatkov pregleda literature.....	9
2.3.4	Ocena kakovosti pregleda literature.....	10
2.4	REZULTATI.....	11
2.4.1	PRIZMA diagram.....	11
2.4.2	Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah.....	12
2.5	RAZPRAVA.....	22
2.5.1	Omejitve raziskave.....	28
2.5.2	Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo.....	29
3	ZAKLJUČEK.....	30
4	LITERATURA.....	31

KAZALO SLIK

Slika 1: PRIZMA diagram.....	13
------------------------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature	9
Tabela 2: Hierarhija dokazov	11
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov	14
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah	23

SEZNAM KRAJŠAV

WHO	World Health Organization
PDQ	Patient dignity question
RS	Republika Slovenija

1 UVOD

Človekovo dostojanstvo je nedotakljivo. Treba ga je spoštovati in varovati. Človekovo dostojanstvo ni zgolj samo po sebi temeljna pravica, temveč predstavlja osnovo temeljnih pravic. V Splošni deklaraciji človekovih pravic iz leta 1948 je človekovo dostojanstvo zapisano v preambuli: »Ker pomeni priznanje prirojenega človeškega dostojanstva vseh članov človeške družbe in njihovih enakih in neodtujljivih pravic temelj svobode, pravičnosti in miru na svetu« (Uradni list Evropske unije, 2007). Definicija dostojanstva je lahko tudi način obravnavanja posameznika tako, kot da nihče na svetu ni pomembnejši, ter da je želja posameznika ustrezna. Dostojanstvo je osnovna človekova pravica, kar pomeni, da je nihče ne sme odvzeti ali pričakovati, da si jo bo nekdo prislužil. V tem primeru je osebi odvzeta pravica biti človek (Siviter, 2013). V Sloveniji državljanom Ustava Republike Slovenije v 34. členu zagotavlja pravico do osebnega dostojanstva in varnosti (Ustava RS, 1991).

Svetovna zdravstvena organizacija (World health organization, 2015) je dostojanstvo opredelila kot »posameznikovo lastno vrednost«, ki je tesno povezana s spoštovanjem, priznavanjem sebe, lastno vrednostjo in zmožnostjo prevzemanja odločitev. Posameznikovo dostojno življenje lahko izhaja iz spoštovanja temeljnih človekovih pravic, vključno z življenjem brez nasilja, življenjem brez diskriminacije, samostojnostjo in samoodločanjem, življenjem v skupnosti in volilno pravico (World health organization, 2015).

Dostojanstvo lahko za vsako osebo pomeni različne stvari. Njihove izkušnje, socialno ozadje in status, kultura, versko prepričanje in starost oziroma vse, zaradi česar so ljudje edinstveni, vpliva na njihova pričakovanja glede dostojanstva (Siviter, 2013).

V zdravstveni negi je poleg strokovnega znanja izrednega pomena spoštovanje pacientovega dostojanstva, ki je predpogoj za etični odnos do pacienta (Marinič, 2012). III. člen kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) navaja načelo, da mora vsak zdravstveni delavec spoštovati dostojanstvo in zasebnost pacienta v vseh stanjih zdravja, bolezni, ob umiranju in po smrti.

»Medicinska sestra naj v svoje delo vključuje pacienta kot neponovljivo osebnost z vsemi njegovimi posebnostmi, spoštuje njegovo pravico do zasebnosti, zlasti kadar gre za njegovo intimnost, upanje, strah, trpljenje in bolečino. Umirajočemu pacientu omogoča kakovostno zdravstveno nego in oskrbo, razumevajoč odnos, lajšanje trpljenja, upanje,

izpoved verskega prepričanja, občutek varnosti ter mirno in dostojanstveno smrt. Posebno pozornost pa posveča svojcem umirajočega ali umrlega in zanj pomembnimi drugimi« (Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014, 3. načelo).

Ferri in ostali (2015) navajajo, da se v obdobju bolezni zmanjša sposobnost za ohranjanje zasebnosti in dostojanstva pacienta. Pacienti, ki potrebujejo hospitalizacijo so najbolj podvrženi ogrožanju svojega dostojanstva (Borhani, et al., 2015). Pri oskrbi pacienta se od medicinske sestre zahteva spoštovanje dostojanstva, saj s tem zagotovimo lagodje in varnost pacienta (Marinič, 2012).

Ohranjanje dostojanstva lahko razložimo kot nekakšen stalen proces ohranjanja identitete, ki temelji na sposobnosti obvladovanja groženj ter biti vključen in priznan v interakciji z okolico (Høy, et al., 2016).

Pri ohranjanju dostojanstva pacienta je bistvenega pomena tudi ohranjanje zaupnosti podatkov pacienta. Zasebnost in zaupnost kot etično načelo profesionalnega kodeksa etike zavezuje zdravstvenega delavca k poklicni molčečnosti, za katere kršitev je etično, moralno, civilnopravno in kazensko odgovorna. Zaupanje temelji na medsebojni odkritosti med pacientom in zdravstvenim delavcem. Zaupanje mora biti obojestransko. V veliki meri je pridobitev zaupanja pacienta odvisno tudi od načina, na katerega bo medicinska sestra pristopila k pacientu in kakšna bo njena komunikacija. Pri svojem delu so zdravstveni delavci dolžni pacientu zagotavljati pogoje, v katerih bo lahko sproščeno povedal svoje podatke in zdravstvene probleme. Okolje, kjer pacient ne more zaupati zdravstvenim delavcem svojih osebnih podatkov, zato ker se boji, da bi bili njegovi zdravstveni podatki zlorabljeni in da jih ne bi varovali kot skrivnost ali da bi drugi zdravstveni delavci iz radovednosti imeli možnost seznanitve z njimi, je za zagotavljanje kakovostne zdravstvene obravnave zelo slabo (Marinič, 2012).

Razumeti druge in biti razumljen sta dva pomembna dejavnika dostojanstvene obravnave, zato je nujna dobra in prilagojena komunikacija ter prepoznavanje potreb pacientov (Moen & Nåden, 2015).

Coulter in Oldham (2016) navajata, da s spoštovanjem telesne zasebnosti, z ustrezno in spoštljivo komunikacijo, s spoštovanjem pacientove avtonomije in zaupnosti podatkov, dobrimi veščinami poslušanja, pogajanja ter fleksibilnosti pri potrebah pacienta ohranjamo dostojanstvo pacienta.

Pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe moramo biti pozorni na profesionalnost in etičnost zdravstvenih delavcev, ko skrbimo za skupine ljudi, za katere je znano, da so bolj rizične za neenako zdravstveno obravnavo. Osebni etični odnos, kultura organiziranosti in zdravstvena politika morajo zagotavljati pravičen odnos do vseh (Jaffe & Jimenez, 2015). Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi (2015) nam narekuje, da moramo zdravstveni delavci pri obravnavi pacienta upoštevati šest načel. Navaja, da smo svoje delo dolžni opravljati humano, strokovno, kakovostno, varno, sočutno, odgovorno, vestno ter v odnosu do pacienta spoštovati njegove potrebe, vrednote in prepričanja. Spoštovati moramo pravico do izbire in odločanja pacienta. Izvajalci zdravstvene nege in oskrbe moramo spoštovati dostojanstvo in zasebnost pacienta v vseh stanjih zdravja in boleznih, ob umiranju ter po smrti. Pacientu smo v okviru svojih pristojnosti dolžni nuditi kompetentno zdravstveno nego in oskrbo. Delovanje izvajalcev zdravstvene nege in oskrbe temelji na odločitvah v korist pacienta. Izvajalce zdravstvene nege in oskrbe zavezuje tudi poklicna molčečnost.

Kadar zdravstveni delavci ravnaajo s pacientom nestrokovno, kršijo dostojanstvo pacienta. Stvari, kot so nesramna komunikacija, nestrokovnost, posmehovanje, neupoštevanje njihove zasebnosti – so primeri, s katerimi pacientu odvzamemo njegovo dostojanstvo (Siviter, 2013).

Ko zdravstveni delavci prevzamejo vlogo pacienta, se počutijo neprijetno, saj imajo pomisleke o zaupnosti zdravstvenih podatkov. Velikokrat se odločijo za samozdravljenje ali neformalno oskrbo pri kolegu. Generalni zdravstveni svet v Združenem kraljestvu zdravstvenim delavcem svetuje, naj se ne zdravijo sami, in pravi: »Kjer je le mogoče, se izogibajte zagotavljanju zdravstvene oskrbe vsem, s katerimi imate tesne osebne odnose. Za zagotovitev dostopa do neodvisne in objektivne zdravstvene oskrbe bi morali imeti svojega splošnega zdravnika, ki ni v bližnjem odnosu z vami« (Royal Australasian College of Physicians, 2017).

Nortvedt in sodelavci (2011) navajajo, da je zdravstvenim delavcem, ki se znajdejo v vlogi pacienta potrebno nameniti ustrezen odnos ter spoštovanje oseb takšnih kakršne so, ne samo zato, ker so predstavniki določene stroke.

Za pacienta, ki je hkrati zdravstveni delavec in je lahko naš kolega, je bistvenega pomena razumevanje osebe, spoštovanje njegove integritete in dostojanstva. Ne glede na to v

kakšnih vlogah in v povezavi z nami se znajde posameznik, ko je v bolnišničnem okolju (Debnath, 2015). McDermott (2019) navaja, da pri obravnavi usmerjeni v osebo lahko uporabimo orodje PDQ (ang. Patient dignity question – vprašanje o dostojanstvu pacienta), ki ga je mogoče uporabiti v vseh zdravstvenih ustanovah. Sestavljen je iz enega vprašanja: "Kaj moram vedeti o vas kot osebi, da vam zagotovim najboljšo možno oskrbo?" S tem vprašanjem in iz razprave, ki sledi, lahko lažje razumemo pacientove potrebe in skrbi ter mu omogočimo uspešnejšo zdravstveno obravnavo.

Debnath (2015) navaja naslednje točke po katerih naj bi se ravnali, ko skrbimo za zdravstvenega delavca v vlogi pacienta:

- Vzemimo anamnezo in temeljito opravimo pregled (kot pri vseh drugih pacientih).
- Neposredno se spopadimo s pacientovo tesnobo.
- Razjasnimo odnos med zdravnikom in pacientom.
- Izogibajmo se preveč natančni identifikaciji zaradi empatije ali sočutja.
- Podrobno razpravljajmo o načrtu zdravstvene nege, da ublažimo tesnobo.
- Zagotovimo dovolj časa za jasno razpravo o mnenjih in priporočilih.
- Pogovorimo se s pacientom neposredno ali po želji skupaj s svojci. Če je treba s svojci govoriti ločeno, je treba to storiti s soglasjem pacienta.
- Predčasno razpravljajmo o zasebnosti, zaupnosti in zavarovanju.
- Ohranimo strokovnost.

Asmaningrum in Tsai (2018) sta ugotovili, da je oskrba osredotočena v človeka izrednega pomena pri ohranjanju pacientovega dostojanstva. Zdravstvena nega osredotočena na osebo pomeni, da pacienta obravnavamo individualno in kot sodelujoči partner pri zdravstveni oskrbi (The health fundation, 2016).

Pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe usmerjene v osebo, ko imamo v vlogi pacienta, ki je zdravstveni delavec, je potrebno upoštevati celotno osebo vključno z njegovim znanjem v zdravstveni stroki (Stanton & Randal, 2016).

Iz pregleda dosedanjih raziskav ugotavljamo, da so zdravstveni delavci pogosto postavljeni v neprijetno situacijo, ko morajo skrbeti za pacienta, ki je po izobrazbi zdravstveni delavec. Strokovna literatura kaže, da zdravstvena oskrba našega kolega – zdravstvenega delavca sproža različne dileme pri obravnavi in ohranjanju dostojanstva, zato se v nadaljevanju diplomskega dela osredotočimo na dileme, strategije in ohranjanje dostojanstva pri oskrbi pacienta, ki je po poklicu zdravstveni delavec. Ohranjanje

dostojanstva je zelo pomemben element pri zdravstveni negi in oskrbi pacienta, ki je po poklicu zdravstveni delavec. S pregledom literature na tem področju bomo prispevali k boljšemu zavedanju zdravstvenih delavcev, kako pomembna je ustrezna zdravstvena oskrba zdravstvenega delavca, ki je v vlogi pacienta, da ohranimo njegovo dostojanstvo. Menimo, da je na tem področju opravljenih zelo malo raziskav, ki bi lahko prispevale k ozaveščanju in izobraževanju zdravstvenih delavcev.

2 EMPIRIČNI DEL

V empiričnem delu obravnavamo namen in cilje diplomskega dela, ki temelji na pregledu literature.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je s pregledom strokovne in znanstvene literature raziskati in obravnavati koncept ohranjanja dostojanstva zdravstvenega delavca, ko je v vlogi pacienta. Postavljamo si naslednja cilja:

1. Ugotoviti, kako ohranjamo oziroma kršimo pacientovo dostojanstvo.
2. Ugotoviti dileme pri obravnavi zdravstvenega delavca, ko je v vlogi pacienta.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na osnovi pregledane literature smo si postavili dve raziskovalni vprašanji:

1. Na kakšen način ohranjamo oziroma kršimo pacientovo dostojanstvo?
2. Kakšne so dileme pri obravnavi zdravstvenega delavca, ko je v vlogi pacienta?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V diplomskem delu smo kot raziskovalno metodo uporabili pregled literature.

2.3.1 Metode pregleda literature

Za potrebe diplomskega dela smo izvedli pregled dostopne strokovne in znanstvene literature iz domačega in tujega okolja. Za iskanje podatkov smo uporabili Google Učenjak, PubMed, CINAHL, Obzornik zdravstvene nege in Cobiss. Iskanje je potekalo s pomočjo naslednjih ključnih besed: »dostojanstvo«, »zdravstvena nega«, »zdravstveni delavec kot pacient«. V podatkovnih bazah CINAHL in PubMed smo pri iskanju uporabili Boolov operator »AND«, s katerim smo povezali »dignity«, AND »nursing care«, AND »healthcare professional as patient«. V diplomskem delu smo določili vključitvene in izključitvene kriterije, s katerimi si pomagamo pri pisanju diplomskega dela. Med vključitvene kriterije smo uvrstili literaturo, ki je primerna in izdana v obdobju

med leti 2010 in 2020 ter zapisana v slovenskem ali angleškem jeziku. V pregled smo vključili recenzirane članke, raziskovalne ali znanstvene članke, katerih tema zajema zdravstveno nego ter brezplačen dostop do izvlečka in celotnega besedila. Izključitveni kriteriji so vsebovali literaturo, ki ni ustrezala temi diplomskega dela, ki je bila starejša od deset let, članke, ki so bili nedostopni v polnem besedilu ter članke, ki so bili v drugih tujih jezikih. Obdobje pregleda literature je trajalo od januarja 2021 do marca 2022.

V tabeli 1 prikazujemo rezultate pregleda literature po ključnih besedah, številu zadetkov in izbranih zadetkih v polnem besedilu. Analiza dobljenih zadetkov je prikazana v poglavju Rezultati.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Uporabili smo podatkovno bazo Google učenjak pri katerem smo upoštevali vse vključitvene in izključitvene kriterije, ki so naštet v metodi pregleda literature. Z iskalnim nizom smo pridobili 17.750 zadetkov. Pri tem iskalnem nizu smo pregledali vsebinsko ustreznost naslovov. Izločili smo naslove, ki vsebinsko niso bili relevantni in niso ustrezali naši tematiki. Tako smo na koncu izbrali devet zadetkov, pri katerih smo pregledali povzetke. Zaradi vsebinske neustreznosti smo naknadno izločili osem zadetkov in tako izbrali en zadenek za končno analizo.

V podatkovni bazi PubMed smo upoštevali vse vključitvene in izključitvene kriterije, ki so naštet v metodi pregleda literature. Dobili smo 40.821 zadetkov, ki smo jih pregledali po naslovih, katere pa smo glede na vsebinski pomen izločili in dobili deset zadetkov. Po branju povzetkov smo zaradi vsebinske neustreznosti izločili tri zadetke. Ostalo nam je sedem zadetkov za katere smo se odločili, da jih preberemo v polnem besedilu. Zaradi vsebinske neustreznosti smo na koncu izbrali šest zadetkov, ki smo jih vključili v končno analizo. Uporabili smo tudi podatkovno bazo CINAHL, kjer smo uporabili vključitvene in izključitvene kriterije. Po vstavitvi iskalnih nizov smo dobili 347.738 zadetkov. Tudi pri tem iskalnem nizu smo pregledali vsebinsko ustreznost naslovov in tako na koncu dobili 15 zadetkov pri katerih smo prebrali povzetke. Po prebranih povzetkih smo se pri 13 zadetkih odločili, da jih preberemo v polnem besedilu. Po prebranih zadetkih v polnem

besedilu, smo tri zadetke izločili zaradi neustrezne vsebine za naše diplomsko delo. Za končno analizo smo izbrali deset zadetkov.

Za iskanje slovenske literature smo uporabili tudi podatkovno bazo Obzornik zdravstvene nege, kjer smo prav tako uporabili vse vključitvene in izključitvene kriterije, ki so našti v metodi pregleda literature. Iskalne nize smo pregledali po vsebinski ustreznosti naslovov. Izločili smo naslov, ki ni bil relevanten za vključitev v naše diplomsko delo. Za končno analizo smo izbrali en zadek, kjer smo prebrali povzetek in ga nato pregledali še v polnem besedilu.

Poleg podatkovne baze Obzornik zdravstvene nege smo za iskanje slovenske literature uporabili COBISS, kjer smo prav tako upoštevali vse vključitvene in izključitvene kriterije, ki smo jih navedli v metodi pregleda literature. Po vstavitvi iskalnih nizov smo dobili 12 člankov. Pregledali smo vsebinsko ustreznost naslovov in izločili 11 člankov, ki niso bili vsebinsko primerni za našo diplomsko delo. En članek smo pregledali v polnem besedilu, za katerega se je izkazalo, da je vsebinsko neustrezen.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature po ključnih besedah, številu zadetkov in izbranih zadetkov v polnem besedilu

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
Google učenjak	Dostojanstvo v zdravstveni negi, zdravstvena nega, zdravstveni delavec v vlogi pacienta	17.750	1
PubMed	Healthcare professional in the role of a patient, dignity in healthcare	40.821	6
CINAHL	Dignity in healthcare, nursing care, healthcare professional in the role of a patient	347.738	10
Obzornik zdravstvene nege	Dostojanstvo v zdravstveni negi, zdravstveni delavec v vlogi pacienta.	2	1
Cobiss	Dostojanstvo v zdravstveni negi, zdravstveni delavec v vlogi pacienta	112	0
SKUPAJ		406.423	18

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

Izbor literature v diplomskem delu temelji na dostopnosti in vsebinski ustreznosti. V pregled literature smo uvrstili le vire, ki obravnavajo našo izbrano temo. Vso strokovno literaturo, ki je vključena v končni pregled smo večkrat skrbno prebrali in izvedli kvalitativno vsebinsko analizo po Vogrincu (2008). V procesu analize smo s pregledom literature iskali ključno vsebino, ki je povezana z našimi cilji v diplomskem delu. V nadaljevanju smo pomensko podobne kode kategorizirali. Za našo temo raziskovanja smo določili kode s tehniko odprtega kodiranja. Izbrali smo kode, ki so ustrezne in vsebinsko primerne za našo diplomsko delo.

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Pri opisu kakovosti pregleda literature smo upoštevali hierarhijo dokazov po Politu in Becku (2018), (slika 1). Raven 1: sistematični pregled dokazov, raven 2: dokazi kliničnih vzročnih randomiziranih raziskav, raven 3: dokazi nerandomiziranih raziskav (kvazi eksperiment), raven 4: dokazi prospektivnih kohortnih raziskav, raven 5: dokazi retrospektivnih raziskav s kontrolami, raven 6: dokazi presečnih raziskav, raven 7: dokazi celostnih kvalitativnih raziskav in raven 8: mnenja strokovnjakov, poročila posameznih primerov.

Tabela 2: Hierarhija dokazov znanstvenoraziskovalnega dela

Nivo	Hierarhija dokazov	Število vključenih strokovnih virov
Nivo 1	Sistematični pregled raziskav	(n = 0)
Nivo 2	Dokazi randomiziranih kliničnih raziskav	(n = 5)
Nivo 3	Dokazi nerandomiziranih raziskav (kvazi eksperiment)	(n = 0)
Nivo 4	Dokazi kohortnih prospektivnih raziskav	(n = 0)
Nivo 5	Dokazi kontroliranih retrospektivnih raziskav	(n = 0)
Nivo 6	Dokazi presečnih raziskav	(n = 0)
Nivo 7	Dokazi podrobnih kvalitativnih raziskav	(n = 6)
Nivo 8	Mnenja avtorjev, poročila o posameznih primerih	(n = 7)
Skupaj		(n = 18)

Vir: Polit & Beck (2018)

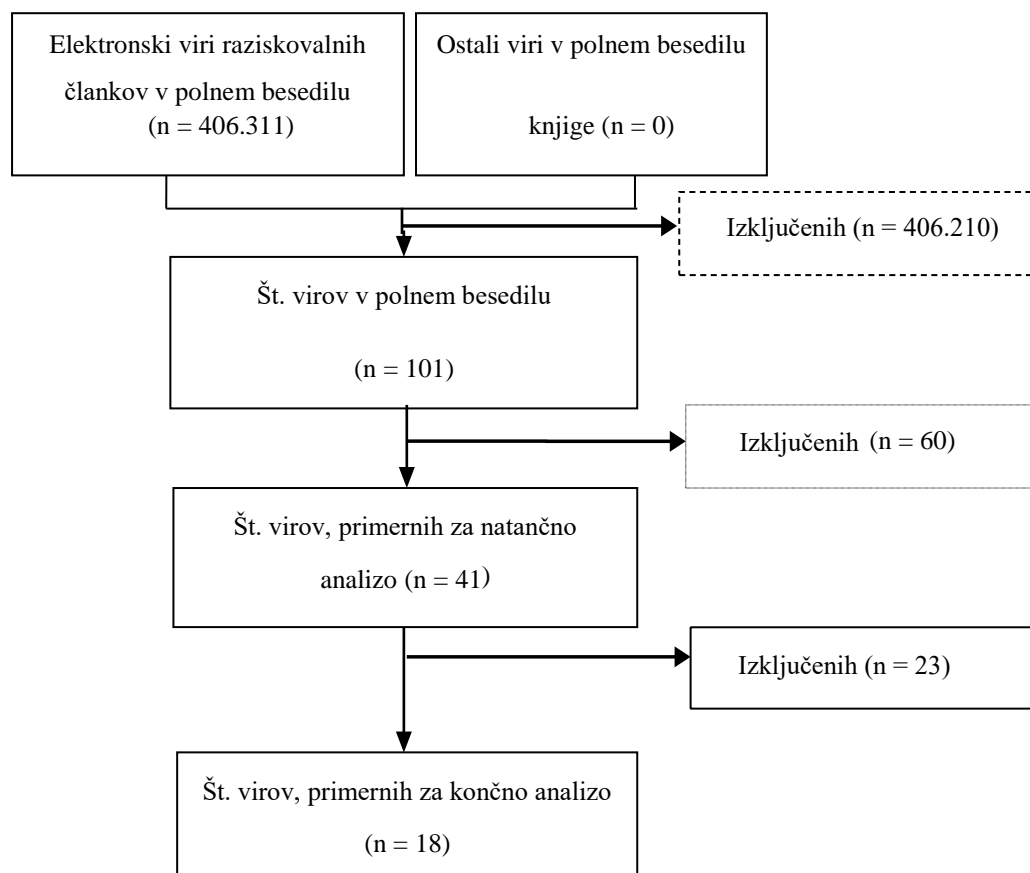
Kot je razvidno iz tabele 2, smo v končni pregled vključili 18 besedil. Glede na hierarhijo dokazov je bilo največ vključenih raziskav v drugem, sedmem in osmem nivoju. V drugem nivoju smo dobili pet zadetkov, pod katerega spada Dokazi randomiziranih kliničnih raziskav (Chochinov, et al., 2015; Johnston, et al., 2015; Maatouk-Bürmann, et al., 2016; Eyni, et al., 2017 in Bahun & Skela Savič, 2018). V dokaze podrobnih kvalitativnih raziskav, ki spadajo v sedmi nivo, smo uvrstili šest zadetkov (Lin & Tsai, 2011; Domeyer & Rosenbaum, 2012; Kumer, 2014; Papastavrou, et al., 2014; Svantesson, et al., 2016 in Asmaningrum, et al., 2019). V osmi nivo pod katerega spadajo mnenja avtorjev oziroma poročila o posameznih primerih, smo uvrstili šest zadetkov (Velepič, 2011; Munthe, et al., 2012; Baillie & Matiti, 2013; Chochinov, 2013; Entwistle & Watt, 2013; Schapira, et al., 2014 in College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan, 2020).

2.4 REZULTATI

V nadaljevanju sledijo rezultati, ki so obravnavani vsebinsko in shematsko.

2.4.1 PRIZMA diagram

Število zadetkov, vključenih v pregled in analizo literature, smo shematsko opisali s PRIZMA diagramom (Moher, et al., 2009) (slika 1). S pregledom podatkovnih baz in upoštevanjem omejitev, opisanih v strategiji pregleda literature, smo dobili 406.311 zadetkov. Zaradi neustrezne vsebine naslovov pri podatkovnih bazah z veliko zadetkov smo 406.210 zadetkov izključili. Skupaj smo tako dobili 101 zadetkov, ki smo jih pregledali. 60 zadetkov smo po branju povzetkov izključili in dobili 41 zadetkov za pregled v polnem besedilu. Po natančni analizi smo 23 zadetkov izključili, saj niso imeli željene vsebine in tako prišli do 18 zadetkov, ki smo jih vključili v končno analizo.



Slika 1: PRISMA diagram

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

V tabeli 3 so prikazane ugotovitve posameznih raziskav, po avtorju/jih in letu objave, ki smo jih vključili v pregled literature.

Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor/ji	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Asmaningrum, et al.	2019	Kvalitativna raziskava	25 pacientov in 40 medicinskih sester, Indonezija.	Ta raziskava je primerjala indonezijske paciente in stališča medicinskih sester o nedostojanstveni oskrbi. Avtorji so odkrili pet kategorij, ki vplivajo na ogrožanje dostojanstva pacienta. Med teh pet kategorij spada malomarnost, diskriminacija, različna stališča pacientov, medicinskih sester, nevljudnost in zanemarjanje pacienta. Za medicinske sestre in paciente so bile pomembne tri kategorije, saj so se te največkrat pojavile pri zdravstveni oskrbi: malomarnost, nevljudnost in zanemarjanje pacienta.
Bahun & Skela Savič	2018	Eksplorativna kvantitativna raziskava	267 priložnostno izbranih zdravstvenih delavcev, Slovenija.	Avtorici ugotavljata, da je samoocena zagotavljanja dostojanstvene zdravstvene oskrbe pacientom dobra, izvajanje aktivnosti za zagotavljanje telesnega dostojanstva pa malce slabše, kot bi bilo potrebno v hospitalni obravnavi. Ugotovili sta tudi statistično pomembne razlike v zagotavljanju telesnega dostojanstva pri zdravstveni negi glede na različne poklicne skupine. Ugotavljata, da telesno dostojanstvo največkrat upoštevajo zdravstveni delavci s srednješolsko izobrazbo. Manjkrat telesno dostojanstvo upoštevajo fizioterapevti in zdravniki.

Avtor/ji	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Baillie & Matiti	2013	Mnenje avtorjev	V raziskavi je bilo pregledanih 68 člankov, Anglija.	Avtorja navajata, da je dostojanstvo človekova pravica vsakega posameznika, vendar ima različne interpretacije in je zato pravica do dostojanstva lahko ogrožena. Navajata, da pristop osredotočen na osebo podpira dostojanstvo pri zdravstveni oskrbi, priznava in vrednoti raznolikost vsake osebe. Prav tako navajajo, da so zdravstvene organizacije dolžne podpirati dostojanstvo in enakost pri izvajanju zdravstvene oskrbe ter prepoznati in se odzvati na raznolikost njihove populacije pacientov in zdravstvenih delavcev.
Chochinov	2013	Mnenje avtorja	V raziskavi so bili pregledani trije članki, Kanada.	Avtor navaja, da morata pojem skrb za pacienta in zdravstvena nega iti z roko v roki. Skrb pomeni temeljni odnos do pacientov in sposobnost, da izražamo prijaznost, sočutje in spoštovanje. Avtor navaja, da je dostojanstvena oskrba lahko naučena in predlaga uvedbo spletnega izobraževanja o zagotavljanju dostojanstvene obravnave, ki bi potekalo vsake tri mesece.

Avtor/ji	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Chochinov, et al.	2015	Kvantitativna empirična raziskava	126 ljudi, od tega 66 pacientov in 60 družinskih članov, Kanada.	<p>Avtorji ugotavljajo, da PDQ ponuja učinkovit način za spoznavanje osebnosti pacienta ter izboljšanje izkušenj pacienta, družine in zdravstvenega delavca. Vpliv PDQ na zdravstvene delavce je bil pomemben, brez opazne razlike glede tega, ali so informacije dobili od pacientov ali njihovih svojcev. Rezultati te raziskave so pokazali, da zdravstveni delavci s pomočjo vprašanja PDQ lažje in učinkovitejše skrbijo pa pacienta. Avtorji prav tako ugotavljajo, da zdravstveni delavci, ki uporabljajo PDQ in se zanimajo za pacientovo osebnost, doživljajo večje zadovoljstvo pri delu. Vprašanje PDQ pri zdravstveni negi prispeva k dostojanstveni obravnavi, čustveni povezanosti, spoštovanju in empatiji do pacienta.</p>
College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan	2020	Poročilo ekspertov	Število člankov, pregledanih v raziskavi, ni znano, Kanada.	<p>Odnos pacienta in zdravstvenega delavca je edinstven, saj temelji na zaupanju, spoštovanju in obojestranski želji po izboljšanju zdravstvenih rezultatov. V raziskavi sta izpostavljeni dilemi, ki se pojavljata pri skrbi za zdravstvenega delavca, ko je ta v vlogi pacienta. Problem se pogosto pojavi pri določitvah vlog med zdravstvenim delavcem in pacientom, ki je po izobrazbi zdravstveni delavec. Zdravstveni delavci pogosto niso prepričani o pacientovemu znanju o bolezni, zato se pojavi dilema, v kolikšni meri</p>

Avtor/ji	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				<p>prepustiti odločitve zdravljenja zdravstvenim delavcem, ki so v vlogi pacienta. V raziskavi še navajajo, da je potrebno spodbujati paciente, ki poznajo njihovo stanje in imajo teoretično znanje, da sodelujejo pri zdravstveni obravnavi in odločanju o svoji oskrbi.</p>
Domeyer & Rosenbaum	2012	Kvalitativna raziskava	V raziskavi je bilo pregledanih 36 člankov, Združene države Amerike.	<p>Avtorja navajata, da je pomembno, da zdravstveni delavci razumejo izzive, ki so prisotni pri zdravljenju zdravstvenih delavcev in da razvijejo strategijo za obravnavo takšnega pacienta. Avtorja ugotavljata, da se pri zdravstvenih delavcih, ki skrbijo za svoje kolege – zdravstvene delavce, največkrat pojavi dilema pri določitvah vlog in postavljanju meja med pacientom in zdravstvenim delavcem. Komunikacija je ključnega pomena za ohranjanje in določitve meja. Navajata tudi dilemo pri oceni poznavanja bolezni s strani pacienta. Ugotavljata, da za paciente, ki so zdravstveni delavci lahko skrbimo na tri načine. Prva strategija je, da ignoriramo dejstvo, da je pacient zdravstveni delavec. Pri drugi strategiji se zdravstveni delavec, ki je v vlogi pacienta posvetuje o zdravljenju s svojim kolegom in skupaj prideta do odločitve o nadaljnji obravnavi. Tretja možnost, ki jo navajata</p>

Avtor/ji	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				avtorja je prepustitev zdravljenja zdravstvenemu delavcu, ki je v vlogi pacienta.
Entwistle & Watt	2013	Mnenje avtorjev	V raziskavi je bilo pregledanih 68 člankov, Združene države Amerike.	Avtorja ugotavljata, da je oskrbo, osredotočeno na osebo, mogoče razumeti v smislu ene same vodilne ideje – da vključuje prepoznavanje osebnih lastnosti in potreb pacientov.
Eyni, et al.	2017	Kvantitativna empirična raziskava	400 pacientov, Iran.	Ugotovitve te raziskave so pokazale, da bi z virtualnim usposabljanjem zdravstvenih delavcev lahko izboljšali zasebnost in dostojanstvo pacientov v zdravstveni negi. Zato predlagajo, da se ta ukrep uporabi v zdravstvenih ustanovah kot pomemben korak k celostni obravnavi v zdravstveni negi.
Johnston, et al.	2015	Kvantitativna empirična raziskava	30 pacientov, 17 zdravstvenih delavcev in štirje družinski člani, Anglija.	Avtorji navajajo, da ima PDQ potencial za izboljšanje pacientove zdravstvene oskrbe in pripomore pri morebitnih dilemah zdravstvenega delavca. Prav tako navajajo, da bi PDQ lahko vključili v paliativno oskrbo in klinično prakso za oskrbo pacientov s paliativno oskrbo v akutnem okolju v korist prilagojene in dostojne oskrbe.

Avtor/ji	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Kumer	2014	Kvalitativna raziskava	100 diplomiranih medicinskih sester, diplomiranih zdravstvenikov, srednjih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, Slovenija.	Razumevanje pomena dostojanstva je za zdravstveno nego izrednega pomena. Skozi razumevanje tega koncepta se skoraj v celoti izraža etični odnos do pacienta v praksi. Največ medicinskih sester meni, da ko zagotavljajo zasebnost pacienta, načelo dostojanstva ohranjajo. Upoštevanje dostojanstva pacienta privede sleherno medicinsko sestro k dosledni, kakovostni in etični oskrbi.
Lin & Tsai	2011	Kvalitativna raziskava	30 medicinskih sester, Tajvan.	Avtorja navajata, da so ključni ukrepi medicinskih sester za ohranjanje dostojanstva zajeti v petih temah: spoštovanje, varovanje zasebnosti, čustvena podpora, enako obravnavanje vseh pacientov in ohranjanje telesne podobe.
Maatouk-Bürmann, et al.	2016	Kvantitativna raziskava	V raziskavi je bilo pregledanih 71 člankov, Nemčija.	Avtorji navajajo, da je komunikacijsko usposabljanje bistvenega pomena za izboljšanje na pacienta osredotočeno zdravstveno obravnavo. Komunikacijsko usposabljanje zagotavlja strukturiran in na teoriji zasnovan koncept za spodbujanje zdravstvene nege osredotočene na pacienta.

Avtor/ji	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Munthe, et al.	2012	Mnenje avtorjev	V raziskavi je bilo pregledanih 38 člankov, Švedska.	Avtorji navajajo, kako pomembna je obravnava osredotočena v pacienta in možnost skupnega odločanja v zdravstveni obravnavi pacienta.
Papastavrou, et al.	2014	Kvalitativna raziskava	V anketi je sodelovalo 34 študentov zdravstvene nege, Ciper.	Avtorji ugotavljajo, da kljub navodilom in napisanim kodeksom etike, kjer poudarjajo pomen ohranjanja in spoštovanja dostojanstva, še vedno prihaja do kršenja pacientovega dostojanstva. V svoji raziskavi ugotavljajo, da obstajajo dejavniki, ki lahko negativno vplivajo ali celo kršijo pacientovo dostojanstvo v zdravstveni negi. Dejavnike so razporedili v pet glavnih tem: pacientove želje, verbalna zloraba in obravnavanje pacienta kot edinstveno osebo; zasebnost in zaupnost; izguba avtonomije; diskriminacija; obojestransko spoštovanje dostojanstva.
Schapira, et al.	2014	Mnenja avtorjev, poročila o posameznih primerih	V raziskavi je bilo pregledanih deset člankov, Združene države Amerike.	Avtorji navajajo, kako pomembna je postavitev mej, ko skrbimo za zdravstvenega delavca, ki je lahko tudi naš kolega. Navajajo, da je skrb za našega kolega privilegij, vendar pa moramo biti pozorni, ko za takšnega pacienta ne moremo skrbeti optimalno zaradi naše povezanosti s pacientom. V takšnih primerih poiščemo pomoč, da bi pacientu nudili kakovostno zdravstveno obravnavo. V članku navajajo, kakšnega pomena je empatičen odnos do pacienta in zmožnost se

Avtor/ji	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				postaviti v »pacientove čevlje«.
Svantesson, et al.	2016	Kvalitativna raziskava	V anketi je sodelovalo 16 zdravstvenih delavcev in 32 pacientov, Švedska.	Avtorji ugotavljajo, da se je v praksi pojavilo pet načinov razumevanja zdravstvene oskrbe zdravstvenih delavcev, ki so hkrati pacienti. Načini zdravstvene obravnave, ki so jih pridobili avtorji v raziskavi so: običajna oskrba, skrbna, prednostna, odzivna in negotova, ki pa se v raziskavi pojavi največkrat. Ugotovitve kažejo, da skrb za zdravstvenega delavca pri izvajanju zdravstvene oskrbe vzbuja tesnobo.
Velepič	2011	Mnenje avtorja	V raziskavi je bilo pregledanih 19 člankov, Slovenija.	Avtorica navaja, da se varovanju pravic pacienta do zasebnosti in dostojanstva v sistemu zdravstvenega varstva in tudi v zdravstveni negi namenja premalo pozornosti. Navaja, da dostojanstvo in zasebnost pacienta v zdravstveni negi zagotavljamo s spoštovanjem telesne zasebnosti, s spoštljivo in pravilno komunikacijo, zaupnostjo podatkov, s spoštovanjem pacientove avtonomije in drugih pravic, s katerimi ohranjamo pacientovo dostojanstvo.

V tabeli 4 so prikazane kategorije, kode in podatki o avtorjih. Na podlagi pridobljenih člankov smo identificirali 11 kod. Združili smo jih v dve kategoriji glede na medsebojno povezanost člankov. Kategoriji, ki smo ju identificirali sta: način ohranjanja oziroma kršenja pacientovega dostojanstva in dileme pri obravnavi zdravstvenega delavca, ko je v vlogi pacienta.

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Kategorija 1: Način ohranjanja oziroma kršenja pacientovega dostojanstva.	Zagotavljanje dostojanstva – spoštovanje človekovih pravic – zmanjševanje kršitev pacientovega dostojanstva pri zdravstveni obravnavi – izboljšanje dostojanstvene zdravstvene obravnave – izboljšanje zavedanja zdravstvenih delavcev o pomenu ohranjanja in spoštovanja pacientovega dostojanstva – izboljšanje in predstavitev strategije, da pacienta spoznamo kot osebo.	Lin & Tsai, 2011; Velepič, 2011; Munthe, et al., 2012; Baillie & Matiti, 2013; Chochinov, 2013; Entwistle & Watt, 2013; Kumer, 2014; Papastavrou, et al., 2014; Chochinov, et al., 2015; Johnston, et al., 2015; Maatouk-Bürmann, et al., 2016; Eyni, et al., 2017; Bahun & Skela Savič, 2018; Asmaningrum, et al., 2019.
Kategorija 2: Dileme pri obravnavi zdravstvenega delavca, ko je v vlogi pacienta.	Dilema pri določitvah vlog in postavljanju meja med pacientom in zdravstvenim delavcem – dilema soodločanja pacienta pri zdravljenju – dilema pri oceni poznavanja bolezni s strani pacienta – dilema zaradi negotovosti pri zdravstveni obravnavi in iskanju pomoči pri skrbi za zdravstvenega delavca – dilema pri strategijah zdravstvene oskrbe in pristopa do pacienta, ki je po profesiji zdravstveni delavec oziroma naš kolega.	College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan, 2020; Domeyer & Rosenbaum, 2012; Schapira, et al., 2014; Svantesson, et al., 2016.

2.5 RAZPRAVA

Diplomsko delo je temeljilo na pregledu domače in tuje literature na temo ohranjanja dostojanstva zdravstvenega delavca, ko je v vlogi pacienta. Namen diplomskega dela je bil s pregledom strokovne in znanstvene literature raziskati in predstaviti koncept ohranjanja dostojanstva zdravstvenega delavca, ko je v vlogi pacienta.

Cilj diplomskega dela je bil ugotoviti, kako ohranjamo oziroma kršimo pacientovo dostojanstvo ter ugotoviti s kakšnimi dilemami se soočamo pri obravnavi zdravstvenega delavca, ko je v vlogi pacienta. Po pregledu in iskanju večjega števila člankov menimo, da je bil namen le delno dosežen, saj v zbrani literaturi nismo uspeli najti dovolj primerov dobre prakse, ko so zdravstveni delavci v vlogi pacienta.

Zastavili smo si dve raziskovalni vprašanji. Z odgovorom na prvo vprašanje smo nameravali obravnavati, kako pomembne so veččine ohranjanja pacientovega dostojanstva, kako ohranjamo pacientovo dostojanstvo ter na kakšne načine ga lahko kršimo. Pri drugem raziskovalnem vprašanju smo se osredotočili predvsem na to, s kakšnimi dilemami se soočamo, ko skrbimo za našega kolega, zdravstvenega delavca, in kako za to osebo skrbimo.

V diplomskem delu smo si zastavili cilj, da ugotovimo, na kakšne načine lahko kršimo oziroma ohranjamo pacientovo dostojanstvo. Z izvedeno raziskavo smo prišli do zaključka, da je razumevanje pomena človekovega dostojanstva za zdravstveno nego izredno pomembno. Dostojanstvo izhaja iz deontološkega pristopa in etike skrbi kot osnovnih teorij etike, ki usmerjajo prakso zdravstvene nege. Spoštovanje človekovih pravic, kot je varovanje osebne integritete in dostojanstva pacienta je predpogoj za kakovostno zdravstveno nego. Ključno za zdravstveno nego je razumevanje pomena dostojanstva, saj se s tem odraža etični odnos pri obravnavi pacienta v praksi (Kumer, 2014). Velepič (2011) navaja, da dostojanstvo pomeni počutiti se enakovrednega v odnosu drug do drugega in le kadar spoštujemo druge, lahko od njih pričakujemo enako. Spoštovanje dostojanstva pacienta pripelje zdravstvene delavce k dosledni etični in kakovostni obravnavi (Kumer, 2014). Velepič (2011) pa poleg tega še navaja, da

dostojanstvo kot temelj človekovih pravic vključuje mnogo elementov, med katere spada avtonomija, zaupnost ter zasebnost pacienta. Zaupanje zdravstvenemu tehniku ali medicinski sestri je vrednota, za kar si je dolžan prizadevati prav vsak posameznik pri delu v zdravstveni negi, saj pogojuje kakovost zdravstvene obravnave in stopnjo kakovosti delovanja zdravstvene ustanove kot celote. Dostojanstvo v zdravstveni negi je ključni dejavnik, saj z ohranjanjem pacientovega dostojanstva pripomoremo k boljšemu počutju in hitrejšemu okrevanju pacienta (Lin & Tsai, 2011).

Lin in Tsai (2011) ugotavljata, da imamo pet ključnih temeljev ohranjanja dostojanstva pacientov. Zdravstveni delavci ohranjanje dostojanstva zagotavljajo s spoštovanjem, ohranjanjem zasebnosti, čustveno podporo, z ohranjanjem telesne podobe ter da vsakega posameznika obravnavajo enako. Velepič (2011) poleg naštetega pri ohranjanju dostojanstva navaja še ustrezno in spoštljivo komunikacijo s pacientom. Pod kategorijo spoštovanje lahko štejemo vključevanje avtonomije, holističnega pristopa pri zdravstveni oskrbi pacienta, spoštovanje vere in kulture ter prostovoljno soglasje pacienta. K točki ohranjanja zasebnosti spada ohranjanje telesnega dostojanstva, zagotavljanje in upoštevanje zasebnega prostora ter upoštevanje privatnosti podatkov o pacientovem stanju. Pri ohranjanju telesne samopodobe skrbimo za zunanji videz pacienta. Pod pet ključnih temeljev ohranjanja dostojanstva spada tudi enakovredna obravnava, ki nam nalaga, da za vsakega posameznika zagotavljamo enako zdravstveno nego. Poleg naštetih za dostojanstveno obravnavo upoštevamo tudi čustveno podporo, ki jo zagotavljamo z empatičnim odnosom, poslušanjem, vzpodbujanjem in primerno komunikacijo s pacientom (Lin & Tsai, 2011).

Papastavrou in ostali (2014) navajajo, da kljub navodilom in napisanim kodeksom etike, kjer poudarjajo pomen ohranjanja in spoštovanja dostojanstva, še vedno prihaja do kršenja pacientovega dostojanstva. V svoji raziskavi ugotavljajo, da imamo določene dejavnike, ki lahko negativno vplivajo ali celo ogrožajo dostojanstvo pacienta v zdravstveni negi. Te dejavnike so razvrstili v pet glavnih tem: pacientove želje, verbalna zloraba in obravnavanje pacienta kot edinstveno osebo; zasebnost in zaupnost; izguba avtonomije; diskriminacija in obojestransko spoštovanje dostojanstva.

Glasno klicanje osebja, loputanje z vrati, vstop v bolniško sobo brez trkanja na vrata in povzročanje nemira na oddelku kaže na neprimeren odnos in kršitve dostojanstva pacienta. Za kršenje dostojanstva pacienta je lahko vzrok tudi, ko zdravstveni delavec uporablja njemu nerazumljive izraze, prekinja pogovor, med pogovorom pacienta ne gleda v oči, govori prehitro, govori z neprimernim tonom, uporablja ukazovanje ali celo žalitev pacienta. Vlogo pri ohranjanju dostojanstva pacienta pa ima tudi neverbalna komunikacija na katero pomislimo premalokrat (Velepich, 2011).

V raziskavah Velepich (2011) in Asmaningrum, et al. (2019) so mnenja, da se pacientovo dostojanstvo največkrat krši z neustrezno komunikacijo, medtem ko Kumer (2014) v svoji raziskavi, kjer so bile anketirane medicinske sestre iz Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana navaja, da se pacientovo dostojanstvo največkrat krši pri zagotavljanju zasebnosti pacienta, manj pa pri komunikaciji s pacientom in zagotavljanju zdravstvene oskrbe pacienta. V raziskavah Schapira, et al. (2014) in Asmaningrum, et al. (2019) poleg tega navajajo, da velik faktor pri ogrožanju oziroma ohranjanju dostojanstva igra tudi empatija do ljudi. Empatija je sestavljena iz afektivnih, kognitivnih in vedenjskih komponent, ki zahtevajo potrpežljivost, radovednost in sposobnost predstavljanja sebe v pacientovih čevljih (Schapira, et al., 2014).

Kadar medicinske sestre spoštujejo zasebnost in dostojanstvo pacientov, je slednje vidno v načinu, kako izvajajo zdravstveno nego, kako izvajajo različne posege v zdravstveni negi, v njihovem obnašanju do pacientov in v odnosih z osebjem na oddelku. V primeru, da zdravstveni delavci ne spoštujejo teh pomembnih področij, s tem ne le da ogrožajo pacientovo dostojanstvo, temveč je ta oskrba tudi nestrokovna in etično sporna (Papastavrou, et al., 2014). Bahun in Skela Savič (2018) v svoji raziskavi ugotavljata, da kršenje zasebnosti paciente pogosto vodi v stres in s tem podaljša njihovo okrevanje ter zmanjša zaupanje v zaposlene in ustanovo, v kateri se zdravijo.

Pacient poleg sodelovanja medicinske sestre v procesu zdravljenja in zdravstvene nege želi občutek razumevanja, spoštovanja njegovih pravic, varnosti in zaupen odnos. Pridobitev zaupanja je v veliki meri odvisna od ustrezne komunikacije in ustreznega pristopa do pacienta. Kodeks etike zavezuje medicinsko sestro k poklicni molčečnosti, za katero kršitev je etično, moralno in kazensko odgovorna. Spoštovanje zasebnosti se izraža

na podlagi odnosa zdravstvenih delavcev do pacientovih osebnih podatkov. Pod osebne podatke spadajo tudi podatki o pacientovem zdravstvenem stanju. Pacient pričakuje, da bodo zdravstveni delavci upoštevali kodeks etike in bodo varovali poklicno skrivnost. Zdravstveni delavci so zavezani, da ustrezno hranijo pacientove zdravstvene podatke pred nepooblaščenimi osebami. Z večjim številom oseb, ki imajo dostop do pacientovih osebnih in zdravstvenih podatkov, je možnost zlorabe podatkov večja in s tem je kršena tudi pravica do zasebnosti (Velepč, 2011).

Bahun in Skela Savič (2018) v raziskavi ugotavljata, da so v zdravstveni negi potrebne izboljšave pri zagotavljanju dostojanstva in zasebnosti pacienta. Predlagali sta načrtovanje ustreznih prostorov za pogovor s svojci in pacienti, ki bo zagotavljal zasebnost. Prav tako predlagata, da se uredi ustrezne delovne pogoje oz. omogočanje uporabe pripomočkov (zavese, premični paravani ipd.), predvsem pa izobraževanje in ozaveščanje vseh zaposlenih o tem, kako pomembno je, da ohranjamo dostojanstvo z malenkostmi, kot so zapiranje vrat bolniške sobe in zagnjene zavese oziroma paravani. Po mnenju Chochinov (2013) je ohranjanje pacientovega dostojanstva lahko naučeno in s tem izboljšana zdravstvena obravnava. Eyni in sodelavci (2017) navajajo, da so s pomočjo virtualnih usposabljanj, ki so jih prikazali zdravstvenim delavcem in delajo v zdravstveni negi, pacientom na oddelku precej izboljšali pravico do zasebnosti. Po izobraževanjih se je največji uspeh pokazal pri uporabi paravanov in španskih sten ob izvajanju katerekoli intervencije v zdravstveni negi. Z izvedeno raziskavo so dokazali, da bi z virtualnim usposabljanjem zdravstvenih delavcev lahko izboljšali zasebnost in dostojanstvo pacientov v zdravstveni negi. Zato predlagajo, da se ta ukrep uporabi v zdravstvenih ustanovah kot pomemben korak k celostni obravnavi v zdravstveni negi.

V diplomskem delu nas je prav tako zanimalo, kakšne dileme se pojavljajo pri oskrbi zdravstvenega delavca, ki je v vlogi pacienta. Ugotovili smo, da se zdravstveni delavci kljub zaobljubi: »Moji kolegi bodo moje sestre in bratje«, ko skrbijo za zdravstvenega delavca, ki je v vlogi pacienta, pogosto znajdejo v zadregi (Williams, 2016).

Z izvedeno raziskavo smo vrednotili dileme pri obravnavi zdravstvenega delavca, ko je v vlogi pacienta. Med najbolj pogoste avtorji proučevanih raziskav (College of Physicians

and Surgeons of Saskatchewan, 2020; Schapira, et al., 2014) navajajo dilemo pri določitvah vlog in postavljanju meja med pacientom in zdravstvenim delavcem. Omenjeni raziskavi poleg tega navajata še dilemo pri prepustitvi soodločanja pacienta pri zdravljenju, saj ne moremo upoštevati poznavanja bolezni s strani pacienta, kljub temu, da je pacient zdravstveni delavec. Schapira in ostali (2014) dodajajo, da zdravstveni delavci, ki skrbijo za kolega zdravstvenega delavca, pogosto čutijo negotovost in s tem dilemo pri zdravstveni obravnavi in iskanju pomoči pri skrbi za zdravstvenega delavca, ki je v vlogi pacienta. Poleg navedenega raziskavi Scapira, et al. (2014) in Svetensson, et al. (2015) navajajo, da se pri zdravstvenih delavcih pogosto pojavi dilema pri strategijah zdravstvene oskrbe in pristopa do pacienta, ki je po profesiji zdravstveni delavec oziroma naš kolega.

Skrb za zdravstvenega delavca, ko je ta v vlogi pacienta zahteva zelo premišljeno vrednotenje in postavljanje meja med zdravstvenim delavcem in pacientom za zagotavljanje optimalne zdravstvene obravnave. Skrb za zdravstvenega delavca sproža anksioznost in negotovost. Vzeti si moramo čas za razmislek in se pripraviti za pristop do takega pacienta. Vsaka oseba in vsak odnos s pacientom je edinstven in pomembno je, da smo v celoti prisotni in angažirani. Zavedati se moramo, da se umaknemo in poiščemo pomoč, če imamo občutek, da zaradi navezanosti na človeka ne moremo zagotoviti ustrezne zdravstvene obravnave (Schapira, et al., 2014).

Obstaja nekaj člankov, kjer opisujejo strategije, kako se lotiti zdravstvene oskrbe zdravstvenega delavca, ki je v vlogi pacienta. Munthe in ostali (2012) navajajo, da za pacienta katerega poklic je pomemben del njihove identitete, lahko obstaja nevarnost kršitve integritete in dostojanstva osebe, če z njimi ravnamo enako kot z ostalimi pacienti.

Na osnovi proučevanih raziskav (BMA, 2010; College of Physicians and Surgeons of tchewan, 2020; Schapira, et al., 2014; Svantesson, et al. 2016; Williams, 2016) lahko povzamemo, da naj zdravstveni delavec enako skrbi za zdravstvenega delavca, ki je v vlogi pacienta, kot za vse ostale paciente, medtem ko Domeyer in Rosenbaum (2012) v njuni raziskavi navajata, da obstajajo strategije, kjer zdravstveni delavec priznava

pacientovo ozadje ali ga zanemari, vendar ni dokazov, katera strategija je bolj koristna. Avtorja navajata, da v praksi obstajajo tri oblike, ki se med seboj prepletajo:

- Dejstvo, da je pacient zdravstveni delavec, se zanemari. Zdravstveni delavci v vlogi pacienta so obravnavani kot vsi ostali pacienti in se prepustijo v roke osebja, ki mu zdravstveno oskrbo nudijo.
- Drugi način, katerega navajajo avtorji je, da zdravstveni delavec odločitve glede zdravljenja prepusti zdravstvenemu delavcu, ki je v vlogi pacienta. Pacient v tem pristopu lahko odloča o svojem zdravljenju. Pri tem načinu lahko pacient dobi neobičajno obravnavo, kar pa je lahko nevarno za potek zdravljenja in zdravstvene oskrbe.
- Obstaja še en način, ki pa je neka srednja pot. Zdravstveni delavec, ki je v vlogi pacienta se o zdravljenju posvetuje s svojim kolegom in prideta do odločitve o nadaljnji obravnavi skupaj.

Schapira, et al. (2014) navajajo, da se zdravstvena nega, kjer skrbimo za našega kolega zdravstvenega delavca, ne sme razlikovati od zdravstvene nege, ki bi jo izvajali pri kateremkoli drugem pacientu, ki potrebuje zdravstveno oskrbo. Vsaka oseba in vsak odnos je edinstven, in kar je najbolj pomembno je, da se umaknemo in poiščemo pomoč, ko vemo, da ne moremo zagotoviti ustrezne zdravstvene oskrbe osebi, ki je po poklicu zdravstveni delavec ali celo naš prijatelj (Schapira, et al., 2014). Podobno v svoji raziskavi meni tudi British Medical Association (BMA, 2010), ki je zapisal »Skrb za zdravstvenega delavca sproža neka nelagodja. Zdravstvena nega takega pacienta mora biti enaka kot pri vseh pacientih«. Pri zdravstveni negi je potrebno upoštevati isti standard, ohraniti profesionalnost in ohranjati pacientovo dostojanstvo s spoštovanjem zasebnosti.

Zanimalo nas je prav tako, kako ohranjamo dostojanstvo zdravstvenega delavca, ki je v vlogi pacienta. BMA (2010) navaja, da brez soglasja zdravstvenega delavca, ki je v vlogi pacienta ne smemo razkrivati njegovih podatkov osebam, ki niso vključene v njegovo zdravstveno obravnavo. Zdravstveni delavci so večji zdravstvene obravnave in komunikacije s pacientom, ki ni zdravstveni delavec. Posebne okoliščine in dileme pri zdravstveni obravnavi nastanejo takrat, ko je pacient tudi zdravstveni delavec (Domeyer & Rosenbaum, 2012). Skupni elementi komunikacije, ki prispevajo k vzpostavljanju terapevtskega odnosa, vključujejo uporabo odprtih vprašanj in usmerjenih vprašanj, ki

kažejo empatijo in razvoj skupne strategije (Maatouk-Bürmann, et al., 2016). Domeyer in Rosenbaum (2012) v svoji raziskavi navajata, da je ključnega pomena odprt pogovor o vlogah in postavljanju meja med pacientom in zdravstvenim delavcem pri zdravstveni obravnavi. Kljub temu, da je pacient zdravstveni delavec, moramo pacientu predstaviti diagnozo in se z njim o zdravljenju pogovoriti.

Svantesson in sodelavci (2016) navajajo, da skrb za zdravstvene delavce sproža različne etične pristope, kot sta deontologija ali etika oskrbe. Glede na etiko oskrbe je potrebno za zdravstvene delavce, ki so v vlogi pacienta skrbeti tako kot za vse druge paciente. Avtorji navajajo, da je pri pacientu, ki je hkrati tudi zdravstveni delavec, ključnega pomena zdravstvena oskrba osredotočena na osebo. Baillie in Matiti (2013) prav tako navajata, da oskrba osredotočena na osebo pripomore pri ohranjanju dostojanstva pacienta, saj s tem priznavamo in vrednotimo vsako osebo takšno kakršna je. Kot je že zgoraj navedeno, Entwistle in Watt (2013) trdita, da nas etika oskrbe za zdravstvenega delavca lahko pripelje do oskrbe osredotočene v osebo, kot etična ideja, da pacienta obravnavamo kot osebo. Oskrba osredotočena v osebo ima pomembne posledice za medicinsko prakso. Oskrba osredotočena na osebo nas pripelje do vprašanja o dostojanstvu pacienta (PDQ). "Kaj moram vedeti o vas kot osebi, da bom za vas kar najbolje skrbel?" je vprašanje, ki je bilo zasnovano na podlagi empiričnih raziskav o dojemanju pacientov o svojem dostojanstvu, da bi zdravstvenim delavcem pomagalo razumeti pacienta kot osebo (Johnston, et al., 2015). Priznavanje osebnosti povečuje verjetnost, da se pacienti boljše počutijo in so zato z zdravstveno oskrbo, ki jo prejmejo zadovoljni. Zanimanje za to, kdo so, kaj jim je pomembno in kaj si želijo pri oskrbi, poveča zaupanje in poveča verjetnost, da bodo pacienti razkrili različne osebne dejavnike, ki lahko vplivajo na njihovo odločanje v zdravstvu, s čimer se izboljša zdravstvena oskrba in varnost pacientov (Chochinov, et al., 2015).

2.5.1 Omejitve raziskave

Pri pregledu literature so se pojavile določene omejitve. Težave so se pojavile predvsem zaradi majhnega števila raziskav, ki bi povezovale področje ohranjanje dostojanstva in

zdravstvenega delavca, ki se znajde v vlogi pacienta. Pri iskanju ustrezne literature smo se večkrat znašli v situaciji, kjer se nam je zdel članek za obravnavo zanimiv, ampak je bil dostop do polnega besedila žal plačljiv. Ugotavljamo, da je v slovenskem jeziku zelo malo literature na temo, ki smo jo obravnavali. Velika večina tuje literature obravnava, kako dostojanstveno skrbimo za pacienta in ne toliko, kako skrbimo za zdravstvenega delavca, ko je v vlogi pacienta. Zato lahko pod omejitvev navedemo premajhno število dosedanjih raziskav.

2.5.2 Doprinos za prakso ter priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Diplomsko delo z vidika ozaveščanja ohranjanja dostojanstva k praksi prispeva z utemeljenim pomenom etičnega in dostojanstvenega ravnanja s pacientom, enako tudi s takšnim, ki je po svoji profesiji zdravstveni delavec. Kot izhodišče za nadaljnje raziskave bi lahko uporabili naše diplomsko delo. Največji doprinos na tem področju imajo izobraževanja zdravstvenih delavcev o etični in dostojanstveni oskrbi pacientov s poudarkom na enakopravni obravnavi pacientov vseh poklicev, ras, verskih prepričanj in načel.

3 ZAKLJUČEK

V obdobju, ko je človek bolan in potrebuje zdravstveno oskrbo, se zmanjša pacientova sposobnost za ohranjanje dostojanstva in zasebnosti. V zdravstveni negi je poleg strokovnega znanja izrednega pomena spoštovanje pacientovega dostojanstva, ki je predpogoj za etični odnos do pacienta.

Ugotovili smo, da skrb za zdravstvene delavce lahko sproži dileme pri strategiji zdravstvene obravnave in pri etični obravnavi tovrstnega pacienta. Etika oskrbe nam govori, da za zdravstvenega delavca, ki je v vlogi pacienta skrbimo enako kot za vsakega drugega pacienta.

S pregledom literature smo ugotovili, da nas pri zdravstvenih delavcih, ki so v vlogi pacienta avtorji usmerjajo v zdravstveno nego osredotočeno na osebo. Raven zaupanja se zviša s tem, ko zdravstveni delavec pokaže zanimanje za to, kdo so, kakšne imajo želje pri obravnavi in kaj jim je pomembno. Pri obravnavi osredotočeni na osebo lahko razkrijemo različne osebne dejavnike, s katerimi lahko vplivamo na bolj kakovostno zdravstveno oskrbo in varnost pacienta. Zdravstvena oskrba osredotočena na osebo pripomore k ohranjanju dostojanstva pacienta, saj s tem priznavamo in vrednotimo vsako osebo kot takšno, kakršna je. Pri obravnavi usmerjeni v osebo lahko uporabimo orodje PDQ. S tem lahko lažje razumemo pacientove potrebe in skrbi ter mu omogočimo uspešnejšo zdravstveno obravnavo.

Za pacienta, ki je hkrati zdravstveni delavec, lahko naš kolega, je pri zdravstveni obravnavi bistvenega pomena razumevanje osebe, spoštovanje njegove integritete in dostojanstva. Ugotovili smo, da je pri zdravstveni obravnavi ključnega pomena odprt pogovor o vlogah in postavljanju meja med pacientom in zdravstvenim delavcem. S pregledom literature smo ugotovili, da dostojanstvo zdravstvenega delavca v vlogi pacienta ohranjamo s primerno komunikacijo, sočutjem, varovanjem zasebnosti in zasebnih podatkov. Ugotovitve dejansko kažejo, da je za te paciente potrebno skrbeti enako etično ter dostojanstveno kot za vse ostale paciente, ki niso zdravstveni delavci.

4 LITERATURA

Asmaningrum, N., Kurniawati, D. & Tsai, Y.F., 2019. Threats to patient dignity in clinical care settings: A qualitative comparison of Indonesian nurses and patients. *Journal of Clinical Nursing*, 29(5–6), pp. 899–908. 10.1111/jocn.15144

Asmaningrum, N. & Tsai, Y.F., 2018. Nurse Perspectives of Maintaining Patient Dignity in Indonesian Clinical Care Settings: A Multicenter Qualitative Study. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(5), pp. 482–491. 10.1111/jnu.12410

Bahun, M. & Skela Savič, B., 2018. Dojemanje dostojanstva pacientov z vidika zdravstvenih delavcev. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(2), pp. 90–99. 10.3390/ijerph17176351

Baillie, L. & Matiti, M., 2013. Dignity, equality and diversity: An exploration of how discriminatory behaviour of healthcare workers affects patient dignity. *Diversity and Equality in Health and Care*, 10(1), pp. 5–12.

British Medical Association (BMA), 2010. *Ethical responsibilities in treating doctors who are patients: Guidance from the BMA medical ethics department*. London: British Medical Association, pp. 1–5.

Borhani, F., Abbaszadeh, A. & Rabori, R.M., 2015. Facilitators and threats to the patient dignity in hospitalized patients with heart diseases: A qualitative study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 4(1), pp. 36–46.

Chochinov, H.M., 2013. Dignity in care: Time to take action. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(5), pp. 756–759. 10.1016/j.jpainsymman.2013.08.004

Chochinov, H.M., McClement, S., Hack, T., Thompson, G., Dufault, B. & Harlos, M., 2015. Eliciting personhood within clinical practice: Effects on patients, families, and

health care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(6), pp. 974–980. 10.1016/j.jpainsymman.2014.11.291

College of physicians and surgeons of Saskatchewan, 2020. *Patient physician relationships*. [online] Available at: <https://www.cps.sk.ca/imis/Documents/Legislation/Policies/GUIDELINE%20-%20Patient%20Physician%20Relationships.pdf> [Accessed 17 August 2021].

Coulter, A. & Oldham, J., 2016. Person-centred care: what is it and how do we get there? *Future Hospital Journal*, 3(2), pp. 114–116. 10.7861/futurehosp.3-2-114

Debnath, D., 2015. The dilemma of treating a doctor-patient: A wrestle of heart over mind? *Ochsner Journal*, 15(2), pp. 130–132.

Domeyer, A.K. & Rosenbaum, M., 2012. When doctor becomes patient: Challenges and strategies in caring for physician-patients. *Original articles*, 44(7), pp. 471–477.

Entwistle, V.A. & Watt, I.S., 2013. Treating patients as persons: a capabilities approach to support delivery of person-centered care. *American Journal of Bioethics*, 13(8), pp. 29–39. 10.1080/15265161.2013.802060

Eyni, E., Hasani, A., Fereidouni, P. & Seyed Andi, J., 2017. Effect of nursing staff training on respecting the privacy of patients in the emergency department. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 4(2), pp. 11–18. 10.4103/2345-5756.231740

Ferri, P., Muzzalupo, J. & Lorenzo, R.D., 2015. Patients' perception of dignity in an Italian general hospital: A cross-sectional analysis. *BMC Health Services Research*, 15(1), pp. 1–8. 10.1186/s12913-015-0704-8

Høy, B., Lillestø, B., Slettebø, A., Sæteren, B., Heggstad, A.K.T., Caspari, S., Aasgaard, T., Lohne, V., Rehnsfeldt, A., Råholm, M.B., Lindwall, L. & Nåden, D., 2016. Maintaining dignity in vulnerability: A qualitative study of the residents' perspective on

dignity in nursing homes. *International Journal of Nursing Studies*, 60, pp. 91–98.
10.1016/j.ijnurstu.2016.03.011

Jaffe, K.M. & Jimenez, N., 2015. Disparity in rehabilitation: another inconvenient truth. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 96(8), pp. 1371–1374.
10.1016/j.apmr.2015.04.017

Johnston, B., Pringle, J., Gaffney, M., Narayanasamy, M., McGuire, M. & Buchanan, D., 2015. The dignified approach to care: A pilot study using the patient dignity question as an intervention to enhance dignity and person-centred care for people with palliative care needs in the acute hospital setting Psychosocial. *BMC Palliative Care*, 14(1), pp. 1–14.
10.1186/s12904-015-0013-3

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi, 2015. Uradni list Republike Slovenije št. 52/14.

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014. Uradni list Republike Slovenije št. 71.

Kumer, I., 2014. Ohranjanje dostojanstva v zdravstveni negi. In: B. Nose & B. Jugovič, eds. *Medsebojni odnosi v zdravstveni negi: zbornik prispevkov. 6. Dnevi Marije Tomšič, Dolenjske toplice, 23. Januar 2014*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 23–27.

Lin, Y.P. & Tsai, Y.F., 2011. Maintaining patients' dignity during clinical care: A qualitative interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), pp. 340–348.
10.1111/j.1365-2648.2010.05498.x

Maatouk Bürmann, B., Ringel, N., Spang, J., Weiss, C., Möltner, A., Riemann, U., Langewitz, W., Hendrik Schultz, J. & Jünger, J., 2016. Improving patient-centered communication: Results of a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 99(1), pp. 117–124. 10.1016/j.pec.2015.08.012

Marinič, M., 2012. Zasebnost in dostojanstvo pacienta. *Obzornik zdravstvene nege*, 46(3), pp. 237–243.

McDermot, P., 2019. Patient dignity question: feasible, dignity-conserving intervention in a rural hospice. *Canadian family physician*, 65(11), pp. 812–19.

Moen, E.K. & Nåden, D., 2015. Intensive care patients' perceptions of how their dignity is maintained: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 31(5), pp. 285–293. 10.1016/j.iccn.2015.03.003

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G. & The PRISMA Group, 2009. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*, 6(7), pp. 1-6.

Munthe, C., Sandman, L. & Cutas, D., 2012. Person centred care and shared decision making: Implications for ethics, public health and research. *Health Care Analysis*, 20(3), pp. 231–249. 10.1007/s10728-011-0183-y

Nortvedt, P., Hem, M.H. & Skirbekk, H., 2011. The ethics of care: Role obligations and moderate partiality in health care. *Nursing Ethics*, 18(2), pp. 192–200. 10.1177/0969733010388926

Papastavrou, E., Efstathiou, G. & Andreou, C., 2014. Nursing students' perceptions of patient dignity. *Nursing Ethics*, 23(1), pp. 92–103. 10.1177/0969733014557136

Polit, D.F. & Beck, C.T., 2018. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. 9th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Royal Australasian College of Physicians, 2017. *Health of doctors position statement 2017*. [online] Available at: <https://www.racp.edu.au/news-and-events/all-news/news-details?id=101c60af-bbb2-61c2-b08b-ff00001c3177> [Accessed 17 August 2021].

Schapira, L., Blaszkowsky, S.L., Cashavelly, J.B., Kim, Y.C., Riley, J.P., Wold, C.M., Ryan, P.D. & Penson, T.R., 2014. *Caring for one of our own*. [pdf] AlphaMed Press. Available at: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4012977/pdf/theoncologist_1479.pdf [Accessed 11 Januar 2022].

Siviter, B., 2013. Do you know what is meant by dignity and respect? *Nursing and Residential Care*, 15(10), pp. 680–682. 10.12968/nrec.2013.15.10.680

Stanton, J. & Randal, P., 2016. Developing a psychiatrist-patient relationship when both people are doctors: A qualitative study. *BMJ Open*, 6(5), pp. 1–9. 10.1136/bmjopen-2015-010216

Svantesson, M., Carlsson, E., Prenkert, M. & Anderzén-Carlsson, A., 2016. “Just so you know, the patient is staff”: Healthcare professionals perceptions of caring for healthcare professional patients. *BMJ Open*, 6(1), pp. 1–9. 10.1136/bmjopen-2015-008507

The health foundation, 2016. *Person-centred care made simple: What everyone should know about person-centred care*. [pdf] The Health Foundation. Available at: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/PersonCentredCareMadeSimple.pdf>. [Accessed 10 August 2021].

Uradni list evropske unije, 2007. *Listina unije o temeljnih pravicah*. [online] Available at: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SL/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2007:303:FULL&from=DA> [Accessed 13 August 2021].

Ustava Republike Slovenije št. 33, 1991. *Uradni list Republike Slovenije št. 33*. [online] Available at: <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina?urlurid=19911409#21.%20%C4%8Dlen> [Accessed 12 August 2021].

Velepich, M., 2011. Spoštovanje zasebnosti in dostojanstva onkoloških bolnikov. In: M.

Matković & B. Petrijevcānin, eds. *Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkimi pacientom*. 38. Strokovni seminar, Maribor, 1. April 2011. Ljubljana: Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v onkologiji pri Zbornici zdravstvene in babiške nege – Zvezi strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, pp. 17–26.

Vogrinc, J., 2008. *Kvalitativno raziskovanje na pedagoškem področju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Pedagoška fakulteta.

Williams, J.R., 2016. *Priročnik zdravniške etike*. Maribor: Medicinska fakulteta.

World health organization, 2015. *World Mental Health Day 2015: Dignity and Mental Health, Journal of Nursing Scholarship*. [online] Available at: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/WFH_WMHD_report_2015_FINAL.pdf [Accessed 11 August 2021].