



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

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

STEREOTIPI IN PREDSDODKI V ZDRAVSTVU – PREGLED LITERATURE

STEREOTYPES AND PREJUDICES IN HEALTHCARE: A LITERATURE REVIEW

Mentorica: doc. dr. Katja Pesjak

Kandidatka: Ajda Šolar

Jesenice, april, 2023

ZAHVALA

Ob zaključku pomembnega obdobja v mojem življenju se iskreno zahvaljujem mentorici doc. dr. Katji Pesjak za strokovno pomoč, uporabne nasvete, hitro odzivnost, usmerjanje in moralno podporo pri izdelavi diplomskega dela.

Za strokovno recenzijo diplomskega dela se zahvaljujem Zdenki Kramar, pred. ter Poloni Zevnik za lektoriranje diplomskega dela.

Posebna zahvala gre mojim najbližjim za podporo tekom študija ter za vso motivacijo pri pisanju diplomskega dela. Hvala, ker ste verjeli vame!

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Stereotipi in predsodki so del našega vsakdanjega življenja. So stališča, ki jih zavzemamo, podkrepljena z močnimi čustvi, vrednote, ki nam jih je privzgojila družina ali družba, velik vpliv imajo tudi mediji. Tudi v zdravstvu se pojavljajo stereotipi in predsodki, ki lahko vodijo do neenake obravnave ali celo do diskriminacije pacientov. Namen diplomskega dela je s pregledom literature raziskati prevladujoče stereotipe in predsodke, ki se pojavljajo v zdravstvu ter posledice le teh za paciente.

Metoda: V diplomskem delu smo opravili pregled tuje in domače literature. Literaturo smo iskali s pomočjo spletnega brskalnika Google učenjak in drugih podatkovnih zbirk PubMed, Wiley Online in s spletnim bibliografskim sistemom COBISS. Ključne besede in besedne zveze v slovenskem jeziku so bile: »ranljive skupine«, »stereotipi«, »predsodki«, »zdravstveni delavci«, »dostop do zdravstvenih storitev«, »posledice za paciente«, v angleškem jeziku pa: »vulnerable groups«, »stereotypes«, »prejudices«, »health care workers«, »access to health services«, »consequences for patients«. Za povezovanje ključnih besed smo uporabili Boolov operator AND. Omejitveni kriteriji iskanja so bili: literatura izdana med letoma 2012 in 2023, brezplačna dostopnost člankov, dostopnost člankov v polnem besedilu, v slovenskem ali angleškem jeziku.

Rezultati: V končno analizo je bilo vključenih 14 virov, ki so bili z omejitvami in analizo izbrani izmed 44.778 zadetkov. Identificiranih je bilo 39 kod, ki smo jih glede na vsebinsko povezanost združili v 2 vsebinski kategoriji: skupine izpostavljene stereotipom in predsodkom v zdravstvu in posledice stereotipov in predsodkov za paciente. Kode v posamezni kategoriji opredeljujejo tematiko, na katero se kategorija navezuje.

Razprava: Stereotipom in predsodkom v zdravstvu so v največji meri izpostavljeni posamezniki iz ranljivih družbenih skupin. Odražajo se z neprimernim odnosom in vedenjem zdravstvenih delavcev do teh skupin, najhujša posledica pa je diskriminacija. Stereotipi in predsodki imajo velik vpliv na zdravstveno oskrbo pacientov, na izide zdravljenja in zadovoljstvo pacientov s prejeto oskrbo.

Ključne besede: ranljive skupine, stereotipi, predsodki, zdravstveni delavci, dostop do zdravstvenih storitev, posledice za paciente

SUMMARY

Theoretical background: Stereotypes and prejudices are part of our everyday lives. They are the positions we hold, underpinned by strong emotions, values instilled in us by our family or society, and a major influence of the media. Stereotypes and prejudices also occur in healthcare, which can lead to unequal treatment or even discrimination against patients. The aim of this thesis is to explore, through a literature review, the prevailing stereotypes and prejudices that occur in healthcare and their consequences for patients.

Methods: The diploma thesis was based on a review of international and Slovenian literature using the following databases: Google Scholar, PubMed, Wiley Online and online bibliographic system COBISS. Keywords and phrases in the English and Slovenian language were: “vulnerable groups”, “stereotypes”, “prejudices”, “health care workers”, “access to health services”, and “consequences for patients”. We used the Boolean operator AND to combine the keywords. The limiting search criteria we applied were: literature published between 2012 and 2023, free availability of articles, and full-text availability of articles in Slovenian or English.

Results: The final analysis included 14 sources, which were selected with restrictions and analysis from among 44.778 results. We identified 39 codes which were grouped into 2 content categories based on their content relationships: (i) groups exposed to stereotypes and prejudices in healthcare and (ii) the consequences of stereotypes and prejudices for patients. The codes in each category define the topic to which the category is related.

Discussion: Individuals from vulnerable social groups are the most exposed to stereotypes and prejudices in healthcare. They are reflected in the inappropriate attitude and behaviour of health workers towards these groups, and the worst consequence is discrimination. Stereotypes and prejudices have a major impact on patient care, treatment outcomes and patient satisfaction with the care received.

Key words: vulnerable groups, stereotypes, prejudices, health care workers, access to health services, consequences for patients

KAZALO

1 UVOD	1
1.1 STEREOTIPI	1
1.2 PREDISODKI	2
1.3 STEREOTIPIZIRANJE, STIGMA	4
1.4 STEREOTIPI IN PREDISODKI V ZDRAVSTVU	5
2 EMPIRIČNI DEL	11
2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA	11
2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA	11
2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	11
2.3.1 Metode pregleda literature	11
2.3.2 Strategija pregleda zadetkov	12
2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature	13
2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature	13
2.4 REZULTATI	14
2.4.1 PRISMA diagram	14
2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah	15
2.5 RAZPRAVA	23
2.5.1 Omejitve raziskave	32
2.5.2 Doprinos za prakso in priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo	32
3 ZAKLJUČEK	33
4 LITERATURA	34

KAZALO SLIK

Slika 1: PRISMA diagram.....	15
------------------------------	----

KAZALO TABEL

Tabela 1: Rezultati pregleda literature	12
Tabela 2: Hierarhija dokazov	14
Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov.....	16
Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah.....	22

SEZNAM KRAJŠAV

HIV Human immunodeficiency virus

LGBT Lezbijke, geji, biseksualne in transspolne osebe

1 UVOD

Stereotipi in predsodki so del našega vsakdanjega življenja, saj jih ljudje razvijamo tekom socializacije na nezavedni ravni, kažejo pa se predvsem v prikritih oblikah in diskriminacijah. Oseba je lahko diskriminirana že na podlagi najmanjše značilnosti, ki je drugačna od večine, kar vodi do širokega nabora diskriminiranih posameznikov, s katerimi se vsakodnevno srečujejo tudi v zdravstvu. Predsodki in stereotipi so močno družbeno zakoreninjeni, prenašati in snovati se začnejo že znotraj družine, kar kaže na to, da so navadno globoko zakoreninjeni v prepričanjih posameznih oseb, tudi zdravstvenih delavcev (Kralj, 2022). Stereotipi in predsodki so sodbe, ki jih ustvarjamo o posameznicah in posameznikih na osnovi njihove skupinske pripadnosti, na osnovi predpostavke o tem, v katero skupino sodijo. So torej vnaprejšnje sodbe, kar pomeni, da o ljudeh vemo veliko in še več, preden sploh stopimo v neposreden kontakt z njimi. Ljudi pogosto sodimo zgolj na osnovi njihovega spola, etnične pripadnosti, religije, spolne usmerjenosti, razreda, sloja, po načelu, vsi so enaki (Mencin Čeplak, 2013).

1.1 STEREOTIPI

Beseda »stereotip« izhaja iz grških besed »stereos« (trden) in »typos« (vtis). Stereotipi so tipizirane sodbe, kar pomeni, da ne upoštevajo individualnih razlik med posamezniki, pač pa te na osnovi delnih in površinskih sodb razvrščajo v posamezne skupine (Štrtak, 2018). Že en sam podatek je dovolj, da se o posamezniku oblikuje mnenje in sklepa o lastnostih drugih oseb iste skupine. Ljudje s stereotipi pripisujejo fizične, psihične, družbene in vedenjske značilnosti družbenim skupinam in jih na takšen način med sabo primerjajo. Stereotipi so močno družbeno zakoreninjeni in so sprejeti skladno s tradicijo in z izročilom predhodnikov in le redko izhajajo iz neposrednih izkušenj posameznika (Kralj, 2022). Stereotipi so torej oblike miselnih sodb, ki jih pridobimo na osnovi skopih informacij, katere ravno zaradi svoje ohlapnosti in splošnosti ne ustrezajo stvarnosti. Lahko bi rekli, da so stereotipi miselni predali, v katere se razvršča ljudi in tisto, kar se okrog nas dogaja (Štrtak, 2018). Veljajo za učinkovite, vendar napačne predstave. Učinkovite zato, ker se s pomočjo stereotipiziranja situacij, ljudi ali odnosov hitro prilagodimo na socialno okolje, hkrati pa tudi izkrivljajo stvarnost in podobo ljudi kot

enkratne, različne in spremenljive. Posameznike se označuje, ne da bi se jih поблиže spoznalo, ob tem pa se jih pogosto identificira kot člane določenih socialnih skupin (Komidar, 2021).

Walter Lippman je leta 1922 v svojem delu Javno mnenje (angl. Public Opinion) uvedel pojem stereotipa v socialno psihologijo. Stereotipe je označil kot selektivne, samozpolnjujoče in etnocentrične sodbe, ki vodijo v zoženo, nepopolno in pristransko predstavo sveta. Postavil je tezo, da za realno gledanje na svet ni bližnjic in ni nadomestkov in tako je stereotip rezultat poenostavljanja, ki služi obvladovanju kompleksne stvarnosti in kot sredstvo za oblikovanje predsodkov (Komidar, 2021).

Med najpogostejše stereotipe sodijo etnični stereotipi, kjer gre za poenostavljene in neutemeljene sodbe o narodih in etničnih skupinah, ki nastanejo s posploševanjem določenih lastnosti na celoten narod ali skupino. Vzpostavijo se razlike med lastno in tujo skupino pri čemer lastno skupino povzdigujemo, druge pa smatramo kot slabše, manj vredne ali ogrožajoče. Druga pogosta skupina so spolni stereotipi, kjer gre za posplošene značilnosti moških in žensk o tem, kakšni naj bi bili (Trček, 2019).

1.2 PREDSDOKI

V Slovarju slovenskega knjižnega jezika (SSKJ) je predsodek opredeljen kot »negativen, odklonilen odnos do koga ali česa, neodvisen od izkustva« (SSKJ, n. d.). Poleg miselnih sodb, ki predstavljajo stereotipe, so pri predsodkih prisotna še čustva. Prav zaradi tega v ospredju ni več kognitivna ekonomija, ampak čustveno obarvane vnaprejšnje sodbe. Predsodki se še posebej okrepijo v časih krize, ko se delitve med nami in njimi še bolj poglobijo. Skupine, ki so žrtve takšnega obravnavanja, so priročni grešni kozli, ki jih okrivimo za naše lastno negativno počutje, slab gospodarski položaj in podobno (Štrtak, 2018). Predsodki segajo v vsa področja družbenega življenja. Izražamo jih v vsakdanjem govoru, frazah, šalah, dvoumnostih. Najdemo jih tudi v javnem govoru, medijih, filmih, politiki, v znanosti in kulturi. Predsodki so neupravičena, nepreverjena in neargumentirana stališča. Običajno jih spremljajo močna čustva, ki se kažejo predvsem v nespoštljivem, nestrpnem, ponižujočem ali prezirljivem odnosu do drugih in drugačnih,

do pripadnikov drugih narodov, etničnih skupnosti, ras, kultur, do oseb z drugačnim načinom življenja, religioznimi ali spolnimi usmeritvami. Lahko so pozitivni ali negativni, pri čemer so slednji orodje agresije in diskriminacije (Ule, 2013). Uporaba predsodkov je večinoma nezavedna, avtomatično potekajoča navada, ki posamezniku daje občutek zadoščenja. Ljudje imamo veliko pozitivnih in negativnih predsodkov, ti pa postanejo izrazito osebno in družbeno negativni, kadar vodijo posameznike in družbene skupine do masovnega nasilja nad osebami, ki so objekti negativnih predsodkov (Komidar, 2021). Ule (2013) pravi, da so sestavni del predsodkov nujno tudi vrednotne ocene. Največkrat so negativne, povzročajo popačenje podobe in zavračanje drugega, vzbujajo negativna čustva sovraštva in zavisti. Že samo imena barv, s katerimi označujemo etnične skupine (»bel«, »črn«, »rdeč«, »rumen«) so različno vrednotene in imajo različno pomensko področje. Predsodki vodijo naše zaznavanje zunanjega sveta, ne da bi to sami opazili. Pri tem povzročajo popačenje podobe objekta in zavračanje tega. Povzročajo tudi močno selektivno pozornost opazovalca do obnašanja drugih ljudi. Opazovalec je pri tem pozoren le na tiste vidike obnašanja drugih, ki so v skladu z njegovimi predsodki. Če na primer oseba označi nekoga za »južnjaka«, v njegovem vedenju vidi le tiste lastnosti, ki potrjujejo predsodke o »južnjakih«, o lenobi, uživaštvu, želji po lahkem zaslužku na »naš« račun in podobno (Komidar, 2021). V psihologiji predsodkov pride do tragičnega dejanja, ko se žrtve poistovetijo z vsebino predsodkov. Ta vsebina postane del njihove samopodobe, kar vodi do samouresničuje napovedi, ko s svojim vedenjem legitimirajo predsodke. Tako tistim, ki izražajo predsodke, potrdijo argumente za njihova ravnanja (Kralj, 2022). Ule (2013) opozarja na trdovratnost predsodkov, ki kljub večji izobraženosti ljudi v sodobnih družbah niso izginili, vendar so se le prilagodili. Tako lahko predsodke opazimo zlasti v izogibanju kontaktov ljudi z drugimi družbenimi skupinami, v primerjavi s preteklostjo, ko so predsodke izražali neposredno. Misel, da je »težje razbiti predsodke kot atome«, je lepa ponazoritev, kako globoko so se nekateri predsodki zasidrali v ljudeh in družbi (Furlan Štante, 2016).

Ločimo med naslednjimi predsodki (Fortuna, 2015):

- etnični predsodki (sovraštvo in zavračanje članov določenih nacionalnih skupin),
- rasni predsodki (izpostavljanje manjvrednosti drugih ras),
- spolni predsodki (zaničevanje pripadnikov drugega spola),

- verski predsodki (zavračanje članov drugih verskih skupin).

Allport (1954 cited in Komidar, 2021, p. 178-179) razlikuje pet stopenj izražanja predsodkov v vedenju človeka in skupin. Te stopnje so hierarhično razvrščene kategorije obnašanja, zasnovanega na predsodkih:

1. stopnja: opravljanje (izvaja se predvsem skozi humor – šale in vici o drugih skupinah),
2. stopnja: izogibanje (vzpostavljanje socialne distance do skupin, do katerih gojimo predsodke),
3. stopnja: diskriminacija (konkretna dejanja proti drugim skupinam, ki jim preprečuje enakopravnost npr. dostop do ekonomskih dobrin),
4. stopnja: nasilje (fizično ogrožanje skupin),
5. stopnja: genocid (načrtna odstranitev skupine).

Stereotipi in predsodki, ki jih gojimo v družbenem življenju vodijo do pojavov, kot so ksenofobija (strah pred tujci), homofobija (strah pred homoseksualci), islamofobija (strah pred muslimani in islamom), rasizem (odklonilen odnos do določenih oseb zaradi barve kože oziroma rase), gerontofobija (strah pred starimi ljudmi in staranjem), nacionalizem (poudarjanje večvrednosti svoje etnične skupine), seksizem (poudarjanje večvrednosti enega spola nad drugim) in podobno. Ti pojavi pa lahko vodijo do individualne, strukturne ali institucionalne diskriminacije (Vozelj, 2016).

1.3 STEREOTIPIZIRANJE, STIGMA

Stereotipiziranje je proces opisovanja ljudi na osnovi njihove skupinske pripadnosti ne pa na osnovi individualnih značilnosti. To pa lahko vodi do dveh tipičnih napak v pripisovanju. Če zaznavamo in ocenjujemo ljudi na osnovi njihove skupinske pripadnosti, jih običajno obravnavamo tako, da so bolj podobni članom skupine, ki ji pripadajo in bolj različni od članov drugih skupin, kot so v resnici. V tem zaznavanju pa se teži k temu, da je skupina, ki ji pripadamo mi, boljša od tiste, ki ji ne pripadamo. Tako lahko stereotipe v najboljšem primeru označimo kot proces poenostavljanja sporočil, v najslabšem primeru pa kot sredstvo za nastajanje predsodkov in diskriminacij (Komidar, 2021).

Dobro ponazoritev stereotipov, predsodkov in diskriminacije sta opisala Corrigan & Rao (2012). Stereotip sta ponazorila kot negativno človekovo prepričanje o določeni skupini ljudi. Tisti, ki se strinjajo z negativnimi stereotipi, razvijejo negativne občutke in čustvene reakcije ter s tem ustvarjajo predsodke. Iz te čustvene reakcije izhaja diskriminacija ali vedenjski odziv, ki vključuje negativne misli in občutke ter neenakovredno obravnavanje. Na primer posameznik, ki verjame, da so ljudje z duševno motnjo nevarni (stereotip), lahko občuti strah (predsodek) do teh oseb in se odloči, da ostane oddaljen od osebe z duševno motnjo.

Izraz stigma je opredeljen kot zaznamovanost posameznika zaradi neke lastnosti, ki ga loči od večine in ima za posledico negativen odnos do stigmatiziranih oseb, kar lahko vodi do izolacije posameznika in izključitve iz družbe. Veliko bolezenskih stanj, posameznikov ali družbenih skupin je stigmatiziranih predvsem zato, ker predstavljajo neskladnost z družbeno normo. Na področju zdravstva ima stigmatizacija posledice, ki se kažejo v podcenjevanju, nepopolni diagnozi in nepravilnemu zdravljenju stigmatiziranih pacientov. Stigma pa privede tudi do posledic, ki vključujejo težave pri delu in zaposlovanju, težave pri vključevanju v družbo, težave pri iskanju partnerja, socialna izolacija družine, ponotranjenje stigme in še mnoge druge posledice (Matoh, 2017).

1.4 STEREOTIPI IN PREDSDODKI V ZDRAVSTVU

Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014) v načelu I opredeljuje, da spol, narodnost, spolna orientacija, veroizpoved, politična usmerjenost, rasa itd. ne bi smele kakorkoli vplivati na odnos do pacienta. Esquierdo – Leal s sodelavci (2020) navaja, da so tudi zdravstveni delavci podvrženi enakim pristranskostim kot splošna javnost, kar pa lahko nenamerno vpliva na kakovost zdravstvene obravnave ter posledično povzroči razlike v zdravstveni oskrbi pacientov. To je mogoče zmanjšati s poznavanjem različnih družbenih skupin ter pridobivanjem znanja s področja medkulturnosti, kar omogoča refleksijo lastnih predsodkov in stereotipov ter njihovo postopno premagovanje (Komidar, 2021).

Predsodke v zdravstvu najpogosteje občutijo ranljive skupine, katere so zaradi spleta različnih okoliščin prikrajšane do materialnih, izobrazbenih, zaposlitvenih, stanovanjskih in drugih virov. Gre za skupine, katere so zaradi svoje drugačnosti, načina življenja, življenjskih okoliščin in stigmatizacije manj fleksibilne pri odzivanju na hitre in dinamične spremembe v sodobni družbi, manj konkurenčne na trgu dela, kjer prevladuje velika tekmovalnost. Zaradi tega se te skupine pogosto odmaknejo na obrobje družbe, posledica tega pa je socialna izključenost. Ranljive skupine v Sloveniji so: istospolno usmerjeni, Romi, brezdomci, odvisniki od prepovedanih drog in alkohola, zaporniki, priseljenci, begunci, osebe okužene z virusom HIV/AIDS, osebe s prekomerno telesno težo (Fortuna, 2015).

Kakovosten odnos med pacientom in zdravstvenim delavcem pomembno vpliva na izide zdravstvenega stanja. Velika grožnja pri odnosu pacient – zdravstveni delavec je rasizem. Rasne razlike so razširjen problem v zdravstvu, katere vplivajo na razlike v kakovosti zdravstvene oskrbe in lahko privedejo do neenakosti zdravstvenih izidov ter odlašanja pri iskanju zdravstvene nege (Fortuna, 2015). Problem v zdravstvu je tudi starizem, ki je opredeljen kot skupek stereotipov (kognitivna komponenta), predsodkov (čustvena komponenta) in diskriminacije (vedenjska komponenta) do ljudi zaradi njihove starosti. Odraža se z neprimernim vedenjem, kot je prezir, odpor, podcenjevanje ali ignoranca, kar lahko poslabša kakovost življenja starostnikov in omejuje njihovo dostojanstvo (San-Martín-Gamboa, et al., 2023). Starostni stereotipi in predsodki med zdravstvenimi delavci lahko torej vplivajo na kakovost in količino oskrbe, ki so jo deležni starejši, in posledično povzročijo negativne zdravstvene rezultate (Burnes, et al., 2019).

Ena izmed najbolj stigmatiziranih bolezni je human immunodeficiency virus (HIV). Kljub temu, da virus ni smrtonosen in je ozdravljiv je stigmatizacija oseb s HIV še vedno prisotna v predstavi ljudi. Ljudje že desetletja virus HIV povezujejo s homoseksualnostjo, prostitucijo in uživanjem drog (Vehar, 2019). HIV pozitivne osebe pred stigmatizacijo niso varne niti pri zdravstveni obravnavi s strani zdravstvenih delavcev, kar se kaže z neprimernim odnosom, zanemarjanjem, zavrnitvijo zdravljenja, zgodnjim odpustom iz bolnišnice, razkritjem statusa HIV drugim brez soglasja pacienta in verbalnimi zlorabami (Aggarwai, et al., 2017). Zdravstveni delavci nikakor ne bi smeli izkazovati

diskriminatornega vedenja do oseb s HIV, pač pa bi jih morali obravnavati spoštljivo in enakopravno. Na žalost je v primeru HIV ravno obratno, saj večina teh pacientov izhaja iz socialno šibkega okoliša ali so povezani z nekaterimi tveganimi vedenji, zato so med zdravstvenimi delavci nepriljubljeni (Vehar, 2019). Predsodki so opredeljeni kot negativna čustva in občutki, ki jih neokuženi čutijo do okuženih z virusom HIV. Ti predsodki posledično ustvarjajo socialno distanco in ločevanje med posamezniki. Stereotipi so opredeljeni kot negativne misli ali prepričanja o osebah, ki živijo z virusom HIV. Diskriminacija pa je vedenjski odziv na predsodke do oseb z virusom HIV (Chye & Sullivan, 2018).

Z naraščanjem oseb z debelostjo, naraščajo tudi stereotipi in predsodki o debelih posameznikih. Sodobna družba je sprejela negativna prepričanja, da so debeli posamezniki leni, neodgovorni in nimajo samodiscipline, čeprav genetski, socialno-ekonomski in okoljski dejavniki igrajo vlogo pri razvoju debelosti (Fulton & Srinivasan, 2022). Debelost je pogosto močno stigmatizirana značilnost. Obstaja veliko dokazov, da ljudje z debelostjo pri drugih vzbujajo negativne občutke, kot so gnus, jeza, obtoževanje in odpor. Osebe z debelostjo so pogosto tarča predsodkov, žaljivih komentarjev in drugega slabega ravnanja v različnih okoljih, vključno z zdravstvenim varstvom, za kar obstaja vedno več dokazov, da imajo zdravstveni delavci močno negativno mnenje o debelih ljudeh (Phelan, et al., 2015). Nekateri zdravniki ne želijo zdraviti in pomagati debelim posameznikom, saj menijo, da že sami zase niso mogli poskrbeti, kar izhaja iz mnenja, da je debelost posledica in problem zavestnega vedenja. Takšno ravnanje nosi hude posledice, saj se pretežkemu posamezniku ne pomaga, ampak se ga samo še bolj tlači in mu nalaga krivdo (Tomiyama, et al., 2018). Stigma in predsodki do debelih oseb imajo pomembne posledice za neugodne fizične in psihološke rezultate, kar vodi do večjega tveganja za depresijo, samomorilnost in nizko samospoštovanje. Ko se debeli pacienti soočajo s pristranskostjo telesne teže v zdravstvenem okolju, je večja verjetnost, da bodo odpovedali obiske in se izognili prihodnji preventivni zdravstveni oskrbi, kar poveča tveganje za zdravstvene težave in stroške oskrbe. Za odpravo stigme glede debelosti, bi se morali lotevati na vseh področjih družbe, še posebej v zdravstvu, da se zagotovi, da diskriminacija glede teže ne vpliva negativno na zdravstveno varstvo debelih posameznikov (Fulton & Srinivasan, 2022).

Razširjena težava ostajajo tudi predsodki in diskriminacija do istospolno usmerjenih posameznikov (Lekše, et al., 2022). Istospolna usmerjenost se pojavlja skozi vso človeško zgodovino in je prisotna v vseh družbah in kulturah. Pri tem lahko opazimo, da je odnos posameznikov in družbe do istospolno usmerjenih problematičen, saj so geji in lezbijke še vedno stigmatizirana, neenakopravna in zatirana skupnost širom sveta, kar negativno vpliva na njihovo psihološko, fizično in socialno zdravje ter dobro počutje. Istospolno usmerjeni pacienti vsakodnevno vstopajo v zdravstveni sistem. Stres, ki ga predvsem zaradi stigmatizacije doživlja večina, lahko še dodatno negativno vpliva na njihovo duševno zdravje. Prav zaposleni znotraj zdravstvenega sistema bi že zaradi narave svojega dela to morali upoštevati. Zdravstvenim delavcem, ki se ob istospolno usmerjenem pacientu počutijo neprijetno, strokovnjaki svetujejo različne oblike pomoči, s čimer bodo povečali razumevanje in ozaveščenost o tej ranljivi skupini. Mnogi zdravstveni delavci so namreč še vedno prepričani, da je istospolna usmerjenost bolezen in ne le način življenja, s čimer krepijo predsodke družbe in družbeno stigmo do istospolno usmerjenih (Šavli & Ličen, 2019).

Težave, s katerimi se soočajo pacienti odvisni od prepovedanih drog, niso povezane le z boleznijo, vendar so pogosto tudi tarča negativnim odzivom družbenega okolja, družbeni zavrnitvi in diskriminaciji. Zaskrbljujoč je podatek, da število oseb odvisnih od prepovedanih drog z leti narašča, s tem pa tudi vrsto problemov, ki so povezani z odvisnostjo. Veliko raziskav potrjuje, da imajo tudi zdravstveni delavci negativen odnos do pacientov odvisnih od prepovedanih drog. Zaradi stereotipnih predstav in stigmatizacije ti pacienti prejemajo zdravstveno oskrbo neustrezne kakovosti, obravnavani so manjvredno, kar vpliva na izide zdravljenja ter rehabilitacijo. Zato so prav izobraževanja na tem področju ključ do boljšega in enakopravnejšega odnosa zdravstvenih delavcev do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog (Perviz, et al., 2021).

Zdravniki in drugi zdravstveni delavci so nekatere paciente kategorizirali kar sami in sicer kot »običajne smeti«. V to skupino so vključeni pacienti, ki so definirani kot alkoholiki, potepuhi, osebe, ki so vzele prevelik odmerek drog ali zdravil, smrdeči, umazani, debeli ljudje in »norci«. Kot kaže, so na prej omenjeno kategorizacijo, nekateri pacienti razumljeni kot zakonito bolni, drugi pa ne, zato so na podlagi tega deležni neenake

obravnave v zdravstvu (Skušek, 2016). Doran in sodelavci (2013) so na urgentnem oddelku v Ameriki opravili raziskavo, katere cilj je bil ugotoviti pogled zdravnikov na zdravstveno oskrbo brezdomcev. Zdravniki urgentne medicine, z namenom hitre reakcije z omejenimi informacijami, običajno uporabljajo vzorčno zaznavo, ki temelji na stereotipih in predsodkih pred določenimi skupinami pacientov, ki se oblikujejo na podlagi preteklih izkušenj. Stereotip brezdomca pogosto sovпада s slabo higieno, umazanimi nohti, neprijetnim vonjem, večplastnim načinom oblačenja itd. Zdravniki so poročali, da se vsakodnevno srečujejo z brezdomci, ki so pod vplivom drog ali alkohola, lačni ali preprosto iščejo le zatočišče. Zaradi takšnih izkušenj pogosto dvomijo o akutnih boleznih brezdomcev. Zdravniki niso poročali le o zdravstvenih potrebah pacientov, ki so bili brezdomci, temveč tudi o socialnih potrebah, vključno z zatočiščem in hrano. Tako so nekateri izpostavili, da ne morejo biti tudi socialni delavci in da čas, ki ga porabijo za socialne potrebe, prikrajša čas, ki bi ga lahko porabili za zdravljenje akutno bolnih pacientov.

Ljudje se med seboj razlikujemo v marsičem, vsem pa je skupno človeško dostojanstvo, do katerega imamo vsi enako pravico. V odnosu do bolnih, trpečih in ranljivih je spoštovanje človeškega dostojanstva še posebej pomembno. Poleg strokovne usposobljenosti mora imeti zdravstveni delavec določene osebnostne lastnosti, ki se kažejo z notranjim sprejetjem vrednot poklica. Brez te notranje drže si je težko predstavljati zdravstvenega delavca, ki bi bil zadovoljen v svojem poklicu (Mlinšek, 2012). Medosebni odnosi in komunikacija so v zdravstvu vedno bolj pomembni, ker ravno to vpliva na pravo oceno pacienta. Pacientova želja je biti razumljen in uslišan tudi, če je tih (Zamolo, 2014). Človek je v času bolezni še posebej občutljiv, zato so prav razumevajoča beseda, prijazen pogled in pomirjajoč dotik velikokrat ključni ravno v času bolezni. Pomembno za zdravstvene delavce je upoštevanje, da mora pacient v času bolezni obvladati čustveno bolečino, strahove in negotovost. Da pa to lahko obvlada, potrebuje dober odnos z zdravnikom in drugim osebjem (Skušek, 2016). Kljub visoko postavljenim etičnim standardom razlike v zdravstvu obstajajo. Izkušnje pacientov o diskriminaciji znotraj zdravstvenega sistema so povezane predvsem z odloženo zdravstveno oskrbo, nepripravljenostjo za nudenje zdravniške pomoči ter slabšimi izidi

zdravljenja. Razlike v zdravstvu so moralna napaka, ki jo je treba obravnavati (Mlinšek, 2012).

Delati v zdravstvu, pomeni biti vsakodnevno v stiku z različnimi ljudmi iz "vseh vetrov". Zdravstveni delavci morajo imeti posluš za delo za vse ranljive, raznolike in pomoči potrebne posameznike. Zato dejavniki kot so rasa, narodnost, veroizpoved, politično prepričanje, socialni položaj, starost, spol, spolna usmerjenost, itd. ne smejo kakorkoli vplivati na odnos do pacienta. Ker je sodoben čas izjemno heterogen, bo diplomsko delo obravnavalo stereotipe in predsodke v zdravstvu, z namenom osvetliti tematiko za zagotavljanje dobrih zdravstvenih izidov.

2 EMPIRIČNI DEL

V diplomskem delu smo kot raziskovalni dizajn uporabili pregled domače in tuje znanstvene in strokovne literature na proučevano tematiko.

2.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen diplomskega dela je s pregledom literature raziskati prevladujoče stereotipe in predsodke, ki se pojavljajo v zdravstvu ter preučiti posledice le teh.

Cilji diplomskega dela so:

- raziskati stereotipe in predsodke, ki se pojavljajo v zdravstvu,
- preučiti posledice stereotipov in predsodkov za paciente.

2.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

Na podlagi zastavljenih ciljev smo opredelili naslednji raziskovalni vprašanja:

- Kateri stereotipi in predsodki se pojavljajo v zdravstvu?
- Kakšne so možne posledice za paciente, če zdravstveni delavci delujejo na podlagi stereotipov in predsodkov?

2.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

V diplomskem delu smo kot raziskovalno metodo uporabili pregled literature.

2.3.1 Metode pregleda literature

Za potrebe priprave diplomskega dela smo opravili pregled strokovne in znanstvene literature iz domačega in tujega okolja. Literaturo smo iskali s pomočjo spletnega brskalnika Google učenjak in drugih podatkovnih zbirk PubMed, Wiley Online in s spletnim bibliografskim sistemom – COBISS. Ključne besede in besedne zveze v

slovenskem jeziku so bile: »ranljive skupine«, »stereotipi«, »predsodki«, »zdravstveni delavci«, »dostop do zdravstvenih storitev«, »posledice za paciente«, v angleškem jeziku pa: »vulnerable groups«, »stereotypes«, »prejudices«, »health care workers«, »access to health services«, »consequences for patients«. Za povezovanje ključnih besed smo uporabili Boolov operator IN (ang. AND). Omejitveni kriteriji iskanja so bili: literatura izdana med letoma 2012 in 2023, brezplačna dostopnost člankov, dostopnost člankov v polnem besedilu, v slovenskem ali angleškem jeziku.

2.3.2 Strategija pregleda zadetkov

Strategijo iskanja zadetkov smo prikazali shematsko in tabelarično. S PRISMA diagramom smo strategijo iskanja prikazali shematsko, tako da smo s kriteriji vključevanja in izključevanja uvrstili članke v končno analizo. V tabelaričnem prikazu smo zajeli število dobljenih zadetkov glede na zbirke podatkov in ključne besede (tabela 1). Skupno smo v zbirkah dobili 44.778 zadetkov. Začetna merila je izpolnjevalo 142 potencialno ustreznih zadetkov, sledil je podrobnejši pregled. Po pregledu naslovov in izvlečkov smo izključili še 128 zadetkov in v polnem besedilu preučili 14 člankov. V tabeli 1 smo predstavili posamezne podatkovne zbirke, ključne besede, s katerimi smo iskali literaturo, število zadetkov in izbrane zadetke za pregled v polnem besedilu.

Tabela 1: Rezultati pregleda literature

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
COBISS	stereotipi IN predsodki	553	0
Google učenjak	stereotipi, predsodki IN zdravstvo	686	1
	stereotypes AND prejudices AND access to health services	16.300	1
	stereotypes AND prejudices AND consequences for patients	18.300	3
PubMed	stereotypes AND prejudices AND patients	101	2
	prejudices AND health care	2317	2
	stereotypes AND health care	1104	2

Podatkovna baza	Ključne besede	Število zadetkov	Izbrani zadetki za pregled v polnem besedilu
	prejudices AND patients	1144	0
	stereotypes AND patients	341	1
Wiley Online	stereotypes AND prejudices AND health care	494	0
	stereotypes AND prejudices AND stigma	291	1
	stereotypes AND patients	1602	1
	prejudices AND patients	1545	0
SKUPAJ	/	44.778	14

2.3.3 Opis obdelave podatkov pregleda literature

V pregled literature smo vključili članke, ki ustrezajo naši tematiki ter zastavljenim ciljem. Članke, ki niso ustrezali, smo izločili. Izvedli smo kvalitativno vsebinsko analizo dobljene literature. Vsebinsko ustrezne članke smo s pomočjo kodiranja združili v kode, ki smo jih na podlagi vsebinske povezanosti razdelili v kategorije. Potek iskanja literature smo prikazali s PRISMA diagramom.

2.3.4 Ocena kakovosti pregleda literature

Oceno kakovosti pregleda literature smo določili s pomočjo hierarhije dokazov, povzeto po avtorjih Polit & Beck (2021) (tabela 2). Hierarhija dokazov vsebuje osem nivojev. Nivo 1 vsebuje sistematični pregled dokazov, nivo 2 dokaze kliničnih vzročnih randomiziranih raziskav, nivo 3 dokaze nerandomiziranih raziskav (kvazi eksperiment), nivo 4 dokaze prospektivnih kohortnih raziskav, nivo 5 dokaze retrospektivnih raziskav s kontrolami, nivo 6 dokaze presečnih raziskav, nivo 7 dokaze celostnih kvalitativnih raziskav ter nivo 8 mnenja strokovnjakov, poročila posameznih primerov. Članke, ki so ustrezni za končno analizo, smo uvrstili v primerne nivoje na podlagi raziskovalnega pristopa

Tabela 2: Hierarhija dokazov

Nivo	Hierarhija dokazov	Število vključenih virov
Nivo 1	Sistematični pregledi / metaanalize randomiziranih kliničnih raziskav	4
Nivo 2	Posamezne randomizirane klinične raziskave	0
Nivo 3	Nerandomizirane klinične raziskave (kvazi eksperimenti)	0
Nivo 4	Sistematični pregledi neeksperimentalnih (opazovalnih) raziskav	0
Nivo 5	Neeksperimentalne/opazovalne raziskave	1
Nivo 6	Sistematični pregledi/metasinteze kvalitativnih raziskav	1
Nivo 7	Kvalitativne/opisne raziskave	6
Nivo 8	Neraziskovalni viri (mnenja ...)	2

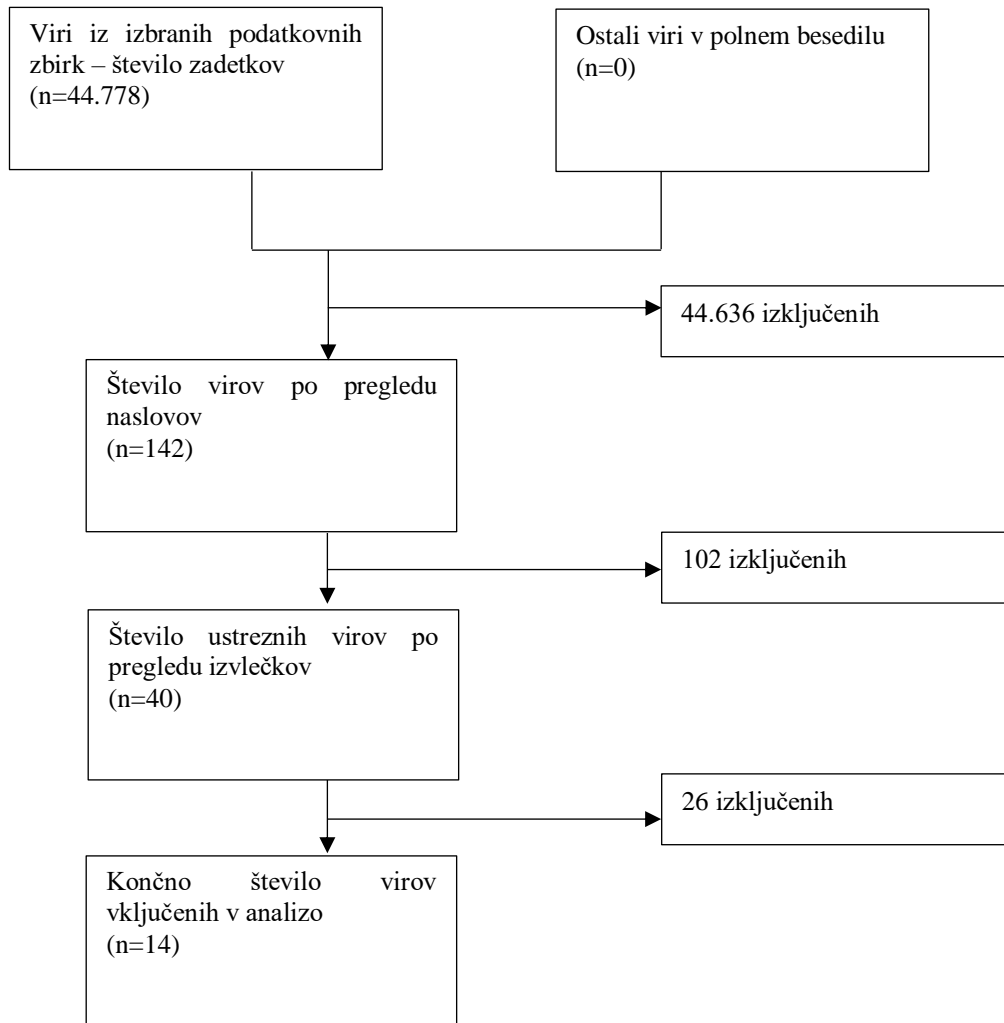
(Vir: Polit & Beck, 2021)

2.4 REZULTATI

Rezultati pregleda literature so v nadaljevanju prikazani vsebinsko in tabelarično.

2.4.1 PRISMA diagram

Na sliki 1 smo s PRISMA diagramom shematsko prikazali potek pridobivanja relevantnih člankov za našo raziskavo. Prikazan je postopek izključevanja neustrezne literature ter postopek, s katerim smo prišli do končnega števila virov, primernih za analizo. Sprva smo s predhodno omenjenimi ključnimi besedami in drugimi kriteriji pridobili 44.778 zadetkov, ki smo jih z nadaljnji omejitvenimi kriteriji izključili in jih v končni analizi uporabili le 14.



Slika 1: PRISMA diagram

(Page, et al., 2021)

2.4.2 Prikaz rezultatov po kodah in kategorijah

V tabeli 3 so predstavljene glavne ugotovitve raziskav, ki smo jih vključili v končno analizo. Navedli smo avtorje in leto objave, raziskovalni dizajn, vzorec in ključna spoznanja avtorjev.

Tabela 3: Tabelarični prikaz rezultatov

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
Albuquerque, et al.	2016	Sistematični pregled literature s kvalitativno analizo	n=14 raziskav, Brazilija	Namen raziskave je bil ugotoviti težave povezane z istospolno usmerjenostjo pri dostopu do zdravstvenih storitev in njihovi uporabi. V raziskavi je bilo ugotovljeno, da imajo istospolno usmerjeni pacienti težave pri dostopu in uporabi zdravstvenih storitev ter doživljajo kršitve zaupnosti in diskriminacijo pri zdravstveni obravnavi s strani zdravstvenih delavcev. Težave se pojavljajo tudi pri komunikaciji z zdravstvenimi delavci pri izražanju svoje homoseksualnosti/ biseksualnosti zaradi homofobije, ki je prisotna v vedenju zdravstvenih delavcev. Zaradi primerov diskriminacije istospolno usmerjeni iščejo zdravstveno oskrbo šele v primerih hujše bolezni. Diskriminatorno obravnavanje pomeni kršenje človekovih pravic pri dostopu do zdravstvenih storitev.
Aronson, et al.	2013	Poročilo strokovnjakov	/	Stereotipna grožnja je neprijetna psihološka izkušnja soočanja z negativnimi stereotipi o rasni/etnični pripadnosti, spolni usmerjenosti ali družbenem statusu. Raziskave dokazujejo obstoj nezavedne ali nenamerne pristranskosti izvajalcev zdravstvenih storitev do kulturnih manjšin in kažejo njihov prispevek k razlikam v rezultatih zdravstvene oskrbe. Ko so medosebni odnosi med zdravstvenimi delavci in njihovimi pacienti stresni, neprijetni ali nespoštljivi, pogosto trpi zdravje pacientov.
Ali, et al.	2013	Kvalitativna raziskava - intervju	n = 29 udeležencev (14 oseb z motnjami v duševnem razvoju in 15 skrbnikov),	Namen raziskave je bil preučiti, v kolikšni meri pacienti z motnjami v duševnem razvoju in njihovi skrbniki doživljajo diskriminacijo ali druge ovire pri dostopu do zdravstvenih storitev. Ugotovljeno je bilo, da pacienti z motnjami v

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
			Anglija	duševnem razvoju pogosto prejemajo neoptimalno oskrbo ali jim je celo zavrnjeno ustrezno zdravljenje. Zdravstveni delavci pogosto kažejo negativen odnos in vedenje do pacientov z motnjami v duševnem razvoju. Številni sodelujoči so menili, da so bili obravnavani nepravilno in diskriminatorno. Poročali so tudi o težavah s komunikacijo, dostopom do storitev in pomanjkanjem podpore.
FitzGerald & Hurst	2017	Sistematični pregled literature	n=42 člankov, Švica	Namen raziskave je bil preučiti dokaze, ki kažejo, ali imajo zdravstveni delavci implicitne pristranskosti do določenih vrst pacientov. Dokazi kažejo, da zdravstveni delavci kažejo enake stopnje implicitne pristranskosti kot splošna populacija. Pojav pristranskosti v zdravstvenih okoliščinah kaže na razlike v odnosu do pacientov in kvaliteti prejete oskrbe. Nedopustno je, da pacient pričakuje, da bo prejel nižjo kvaliteto oskrbe zaradi svoje rase, starosti ali katere koli druge značilnosti.
Hall, et al.	2015	Sistematični pregled literature	n=15 člankov, Združene države Amerike	Namen raziskave je bil raziskati v kolikšni meri obstaja implicitna rasna/etnična pristranskost med zdravstvenimi delavci in preučiti njihova stališča do rasnih/etničnih skupin. Ugotovitve raziskave kažejo, da kljub vsem napredkom v zdravstvu še vedno obstajajo razlike na podlagi rasne in etnične pripadnosti pri dostopu do zdravstvene oskrbe, kakovosti prejete oskrbe, pojavnosti in razširjenosti bolezni, pričakovani življenjski dobi in umrljivosti.
Hamed, et al.	2022	Sistematični pregled literature z meta analizo	n=213 člankov, Švedska	Namen raziskave je bil pregledati druge raziskave, ki preučujejo rasizem v zdravstvu. V zdravstvu rasizem predstavlja veliko oviro za

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				doseganje pravične zdravstvene obravnave, ki se kaže z različnimi in neenakimi postopki zagotavljanja, dostopanja in prejemanja zdravstvene obravnave rasnih manjšin. Rasne manjšine ne le, da prejemajo zdravstveno obravnavo neustrezne kakovosti, ampak se nanje gleda tudi kot na manj zaželene uporabnike zdravstvenega varstva v primerjavi z večinskimi skupinami. Uporabniki zdravstvenih storitev, ki doživljajo rasizem, poročajo o nižjem zaupanju v zdravstveno varstvo ter nižjem zadovoljstvu in kakovosti prejete oskrbe.
Lešnik & Tomažič	2017	Kvantitativna opisna raziskava - anketa	n=132 uporabnikov zdravstvenih storitev v kliničnem okolju starih od 65 do 90 let, severovzhod na Slovenija	Namen raziskave je bil ugotoviti, ali starostniki v kliničnem okolju doživljajo starizem in v kolikšni meri jih le-ta prizadene. Ugotovitve raziskave kažejo na pomembno prisotnost starizma v kliničnem okolju. Vsaj en diskriminatorni dogodek sta v kliničnem okolju doživeli več kot dve tretjini anketiranih starostnikov. Zaradi negativnih stereotipov o starostnikih zdravstveni delavci to skupino pacientov obravnavajo manj zavzeto. Pri diskriminatornih dogodkih so najbolj izstopale trditve o šalah na račun starostnikov, ignoranca zaradi starosti in neresen odnos. Starostniki, ki so deležni več diskriminacije, nižje ocenjujejo svoje fizično in psihično počutje.
Manganye, et al.	2013	Kvalitativna raziskava - intervju	n=221 medicinskih sester, Južna Afrika	Namen raziskave je bil ugotoviti poglede medicinskih sester na pojavnost stigme in diskriminacije zaradi virusa HIV ter vpliv na kakovost oskrbe oseb, ki živijo z virusom HIV. Rezultati so pokazali, da starejše medicinske sestre namerno prepustijo delo mlajšim sodelavkam, ki imajo manj znanja in veščin, ter da paciente s HIV puščajo

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				na hodnikih, da bi jih prevzela druga medicinska sestra. Paciente s HIV so obravnavale kot nesodelujoče in problematične. Pri hranjenju so uporabljale nepotrebna zaščitna sredstva, s tem pa so jim dajale vedeti, da je njihova bolezen nevarna in nalezljiva. Izkazalo se je, da so imele do pacientov s HIV obtožujoč odnos in da so menile, da si ne zaslužijo empatije. Za oskrbo so uporabljale druge kopalnice, druge dele oddelka in druge pripomočke za hranjenje. Ugotovili so tudi, da so doječim HIV pozitivnim materam svetovale uporabo mlečnih formul, saj so bile mnenja, da je dojenje pot prenosa okužbe.
Namuleme	2015	Kvalitativna etnografska raziskava	n= 40 ljudi v skupini za podporo HIV/aids, Velika Britanija	Namen raziskave je bil poglobljeno razumevanje resničnih informacijskih izkušenj ljudi, ki jih je prizadel virus HIV. HIV pozitivne osebe so poročale o neprimernem odnosu s strani zdravstvenih delavcev, ki se je kazal v tem, da so bili zadnji na listi obravnave, da so jih premaknili v izolacijsko sobo, jim niso izkazovali zaupanja in empatije, zavrnili zdravljenje ali so po nepotrebem uporabljali dvojne rokavice.
Nong, et al.	2020	Kvantitativna presečna raziskava - anketa	n=2137 odraslih anketirancev , ZDA	Namen raziskave je bil opredeliti kakšna je nacionalna razširjenost, pogostost in glavne vrste diskriminacije, za katere poročajo odrasli pacienti, da jih doživljajo v zdravstvenem sistemu. V raziskavi je 21 % od 2137 anketirancev v ZDA navedlo, da so bili deležni diskriminacije v sistemu zdravstvenega varstva, nekateri celo večkrat. Rasna/etnična diskriminacija je bila najpogosteje poročana vrsta diskriminacije, sledila ji je diskriminacija na podlagi izobrazbe ali ravni dohodka, teže,

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				spola in starosti. Diskriminacija ima negativne posledice za zdravje posameznika, vodi do razlik v zdravstvu in zdravstvenih rezultatov diskriminiranih skupin.
O'Donoghue, et al.	2021	Kvalitativna raziskava - intervju	n=15 posameznikov v s prekomerno telesno težo, Irska	Namen raziskave je bil ugotoviti izkušnje posameznikov, ki trpijo zaradi debelosti, glede pristranskosti in stigme v zdravstvenem varstvu. Intervjuvanci so poročali o visokih stopnjah pristranskosti glede teže in stigmatizacije v zdravstvenem varstvu, kar povzroča, da imajo odpor do iskanja zdravstvene oskrbe, manjše zaupanje v zdravstvene delavce in slabše rezultate zdravljenja. Intervjuvanci so pri zdravstveni obravnavi občutili nepravilnost in da niso obravnavani z enako stopnjo strokovnosti kot pacienti z normalno telesno težo. Njihovih težav zdravstveni delavci niso resno obravnavali, ampak so jih pripisali zgolj prekomerni teži. Intervjuvanci so menili, da so bili dostikrat prehitro in površno ter brez kakršnekoli empatije obravnavani in niso bili napoteni naprej na specialistične preglede. Intervjuvanci so kot pogost odziv na stigmatizirajoče vedenje zdravstvenih delavcev, navedli stopnjevanje nezdravega vedenja.
Prado, et al.	2021	Kvalitativna raziskava - intervju	n=10 brezdomcev, Brazilija	Namen raziskave je bil analizirati razumevanje brezdomcev, kaj je zdravje in o njihovih izkušnjah z zdravstvenimi storitvami. Ljudje živijo na ulici zaradi različnih vzrokov, skoraj nikoli ne gre za osebno izbiro. Raziskava je pokazala, da so brezdomci pogosto pri iskanju zdravstvene oskrbe deležni diskriminacije zaradi higienskih razmer, oblačil, smradu, pomanjkanja dokumentacije za identifikacijo in registracijo. Posledično se brezdomci včasih ne dojemajo kot subjekti s pravicami,

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				zaradi česar poiščejo zdravstvene storitve le v nujnih primerih. Poleg tega v zdravstvu niso vedno pripravljeni sprejeti te populacije, saj ne razumejo njihovih potreb po oskrbi.
Puddifoot	2019	Poročilo strokovnjakov	/	Ugotovljeno je bilo, da so zdravstveni delavci pogosto nagnjeni k implicitnim pristranskostim, saj povezujejo svoje paciente z določenimi lastnostmi zaradi statusa kateri družbeni skupini pripadajo. To pa lahko vpliva na njihove klinične presoje in odločanja o pacientih in vodi do neenake ter nepravilne obravnave.
Sleeper & Bochain	2013	Kvalitativna raziskava - intervju	n = 5 odvisnikov od prepovedanih drog, ki so bili v času intervjuja vključeni v šestmesečni program zdravljenja, ZDA	Namen raziskave je bil raziskati odnos medicinskih sester do pacientov, odvisnih od prepovedanih drog. V raziskavi so se pojavile tri teme: 1. tema: stigmatizirajoče vedenje medicinskih sester. Takšno vedenje so intervjuvanci opisovali kot: neupoštevanje telesnih in čustvenih potreb, odlašanje negovalnih intervencij, ignoriranje prošenj, nepravilno obtoževanje na podlagi neresničnih dejstev, povišan ton glasu, odsotnost pozornosti, empatije in spoštovanja. 2. tema: pomanjkanje svobode. Intervjuvanci so opisali program zdravljenja odvisnosti, kot da bi prestajali zaporno kazen ali služili vojaški rok, ki po nepotrebnem omejuje njihovo osebno svobodo. Vsi intervjuvanci so se strinjali, da so omejevalni ukrepi in pomanjkanje medsebojnega sodelovanja z zdravstvenimi delavci negativno vplivali na izid zdravljenja. 3. tema: skrbstven odnos. Pacienti odvisni od prepovedanih drog so v intervjujih dejali, da so se počutili

Avtor	Leto objave	Raziskovalni dizajn	Vzorec (velikost in država)	Ključna spoznanja
				udeležene v zdravljenju, ko so jim medicinske sestre prisluhnile, jim namenile pozornost, se prilagodile njihovim potrebam in jih obravnavale na spoštljiv ter empatičen način. Negativen odnos in stereotipi medicinskih sester so negativno vplivali na izide zdravljenja.

V procesu kodiranja smo identificirali 39 kod, ki smo jih glede na vsebinsko povezanost združili v 2 vsebinski kategoriji (tabela 4):

- skupine izpostavljene stereotipom in predsodkom v zdravstvu,
- posledice stereotipov in predsodkov za paciente.

Tabela 4: Razporeditev kod po kategorijah

Kategorija	Kode	Avtorji
Kategorija 1: Skupine izpostavljene stereotipom in predsodkom v zdravstvu	istospolno usmerjeni – rasna/etnična pripadnost – kulturne manjšine – osebe z motnjami v duševnem razvoju – drugače govoreče osebe – Romi – osebe odvisne od prepovedanih drog – brezdomci – starostniki – osebe okužene z virusom HIV – osebe s prekomerno telesno težo n = 11	Albuquerque, et al., 2016; Aronson, et al., 2013; Ali, et al., 2013; FitzGerald & Hurst, 2017; Hall, et al., 2015; Hamed, et al., 2022; Lešnik & Tomažič, 2017; Manganye, et al., 2013; Namuleme, 2015; Nong, et al., 2020; O'Donoghue, et al., 2021; Prado, et al., 2021; Sleeper & Bochain, 2013.
Kategorija 2: Posledice stereotipov in predsodkov za paciente	težave pri dostopu in uporabi zdravstvenih storitev – neenaki postopki zagotavljanja, dostopanja in prejemanja zdravstvene obravnave – daljše čakanje na obravnavo – kršitve pacientove zaupnosti – izkušnje z diskriminacijo – izogibanje in odpor do zdravstvenih storitev – slabši izidi zdravljenja – izkušnje z zavrnitvijo zdravljenja – nepravilna obravnava – neenaka obravnava – pomanjkanje podpore pri zdravljenju – pomanjkanje ustrezne komunikacije – manjša zavzetost za paciente – zdravstvena obravnava	Albuquerque, et al., 2016; Aronson, et al., 2013; Ali, et al., 2013; FitzGerald & Hurst, 2017; Hall, et al., 2015; Hamed, et al., 2022; Lešnik & Tomažič, 2017; Namuleme, 2015; Nong, et al., 2020; O'Donoghue, et al., 2021; Prado, et al., 2021; Puddifoot, 2019 Sleeper & Bochain, 2013.

Kategorija	Kode	Avtorji
	<p>neustrezne kakovosti – neizkazovanje empatije, pozornosti, spoštovanja s strani zdravstvenih delavcev – odstopanje od standardne oskrbe – nižje zadovoljstvo s prejeto oskrbo – nezaupanje v zdravstvene delavce – šale na račun pacientovih lastnosti – neresen odnos – neresna obravnava zdravstvenih težav – neupoštevanje pacientovih mnenj in želja – krajši čas namenjen pacientom – občutek nezaželenosti v zdravstvenem varstvu – prehitra in površna obravnava – iskanje zdravstvenih storitev le v nujnih primerih – stresni, neprijetni, nespoštljivi medosebni odnosi – nižja ocena lastnega fizičnega in psihičnega zdravja</p> <p>n = 28</p>	

2.5 RAZPRAVA

Na podlagi pregleda literature smo ugotavljali, kateri stereotipi in predsodki se pojavljajo v zdravstvu in kakšne so možne posledice za paciente, če zdravstveni delavci delujejo na podlagi stereotipov in predsodkov. Pri pregledu podatkovnih zbirk smo pridobili primerno literaturo na obravnavano tematiko, kar nam je omogočilo, da smo odgovorili na zastavljeni raziskovalni vprašanji ter dosegli namen raziskovanja. Na podlagi rezultatov raziskave smo ugotovili, da imajo stereotipi in predsodki velik vpliv na zdravstveno oskrbo pacientov, na izide zdravljenja in zadovoljstvo pacientov s prejeto oskrbo.

V prvo kategorijo smo združili skupine ljudi, ki so izpostavljene stereotipom in predsodkom v zdravstvu, kar vodi do neenake obravnave v zdravstvu. Stereotipi in predsodki običajno delujejo v škodo tistih, ki so že tako ranljivi in prikrajšani na več ravneh. Primeri vključujejo manjšinske rasne/etnične populacije, priseljence, revne, posameznike z nizko zdravstveno pismenostjo, spolne manjšine, starostnike, duševno bolne, osebe s prekomerno telesno težo in invalide, vendar ne moremo izključiti, da je lahko vsak v določenem kontekstu ranljiv (FitzGerald & Hurst, 2017). Tudi Aronson in

sodelavci (2013) so poročali o stereotipni grožnji, kot neprijetni psihološki izkušnji soočanja z negativnimi stereotipi, kateri so izpostavljeni posamezniki glede na rasno/etnično pripadnosti, spol, spolno usmerjenost ali družbeni status. Slovenska raziskava, kjer je Komidar (2021) proučevala stereotipe in predsodke med študenti Zdravstvene nege, je pokazala, da so študenti na delovnem mestu oziroma kliničnem usposabljanju v največji meri opazili neenako obravnavo do Romov, starejših, brezdomec in drugače govorečih pacientov, sami pa so neenako obravnavali paciente glede na osebna poznanstva, ugled in vpliv pacientov ter njihov izgled. Nong in sodelavci (2020) pa so v svoji raziskavi identificirali pet najpogosteje prijavljenih vrst diskriminacije v zdravstvenem varstvu, ki so temeljile na rasni/etnični pripadnosti, ravni izobrazbe ali dohodka, teži, spolu in starosti. Sledili so še drugi razlogi, kot so vrsta zavarovanja in zmožnost plačila oskrbe ter uporaba prepovedanih drog in zdravil.

V drugo kategorijo smo združili kode, ki so povezane s posledicami stereotipov in predsodkov za paciente, če zdravstveni delavci delujejo na podlagi le teh. Puddifoot (2019) ugotavlja, da na zdravstvene delavce vpliva implicitna pristranskost, kar vpliva na njihovo klinično presojo in odločanje. Implicitna stališča so misli in občutki zunaj zavestnega zavedanja, ki se pogosto samodejno aktivirajo in lahko vplivajo na človeško vedenje brez zavestne volje. Ko zaradi implicitne pristranskosti pride do samodejnega stereotipiziranja, ljudi povezujemo z določenimi lastnostmi skupine, ki ji pripadajo in ne na podlagi njihovih osebnostnih značilnosti. Zaradi stereotipov lahko zdravstveni delavci svoje paciente obravnavajo na nepošten in nepravičen način. Tudi Aronson in sodelavci (2013) so v svoji raziskavi dokazali obstoj nezavedne ali nenamerne pristranskosti zdravstvenih delavcev do kulturnih manjšin, ki kažejo prispevek k razlikam pri izidih zdravljenja. Na primer, manj verjetno je, da bodo temnopolti pacienti prejeli pomembna zdravila ali kirurške posege v primerjavi z belopoltnimi pacienti, tudi če imajo enaka stanja, kar je neposredno povezano z višjo stopnjo umrljivosti temnopoltnih pacientov. Raziskava potrjuje, da pacienti čutijo, ko zdravstveni delavci delujejo na podlagi stereotipov, kar jim daje nemoč in občutek nezadovoljstva s prejeti obravnavo. Ko so medosebni odnosi med izvajalci zdravstvene oskrbe in njihovimi pacienti stresni, neprijetni ali nespoštljivi, pogosto trpi zdravje pacientov. Izkušnje s stereotipno grožnjo imajo negativne učinke na fiziološke, psihološke in samoregulacijske procese, ki lahko

prispevajo k slabšemu zdravju. Dokazano je, da osebe, ki so podvržene stereotipom lahko trpijo za posledicami kot so povišan krvni tlak, tesnoba, agresivno vedenje, prenajedanje in vrsto drugih napak pri samoregulaciji. Pripadniki manjšinskih skupin, se raje izogibajo situacijam, ko se počutijo nezaželene ali kjer pričakujejo razvrednotenje. Posledice so samoumevne: če se pacienti iz manjšin izogibajo zdravstvenim storitvam, se izpostavljajo tveganju, saj zdravstvenih težav ne bodo zaustavili preden postanejo resne in manj verjetno bo, da bodo prejeli ustrezno oskrbo (Aronson, et al., 2013). V raziskavi Nong in sodelavci (2020) je eden od udeležencev poročal, da je bil pri zdravstvenem pregledu iskren glede odvisnosti od drog. Z njim so ravnali, kot da je manjvreden in nepomemben pacient in namigovali, da samo poskuša dobiti zdravila. Izkušnje z diskriminacijo vključujejo občutek zavračanja in nespoštovanja s strani zdravstvenih delavcev, slabšo oskrbo, neprimerno komunikacijo, kar posledično škoduje pacientom.

Hamed in sodelavci (2022) so v raziskavi preučevali rasizem v zdravstvu. Skupine ljudi, ki so rasno opredeljene kot manjvredne so razvrednotene in podvržene različni obravnavi v različnih institucijah, vključno z zdravstvenim varstvom. To pa predstavlja veliko oviro za doseganje pravične zdravstvene obravnave, kar je dokumentirano z raziskavami, ki kažejo različne in neenake postopke zagotavljanja, dostopanja in prejemanja zdravstvene obravnave. Rasne manjšine ne le, da prejemajo zdravstveno obravnavo neustrezne kakovosti, ampak se nanje gleda tudi kot manj zaželene uporabnike zdravstvenega varstva v primerjavi z večinskimi skupinami. Uporabniki zdravstvenih storitev, ki doživljajo rasizem, poročajo o nižjem zaupanju v zdravstveno varstvo ter nižjem zadovoljstvu in kakovosti prejete oskrbe. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi Hall in sodelavci (2018), kateri so ugotavljali pristranskost zdravstvenih delavcev do rasnih/etničnih skupin. Velika grožnja pri odnosu pacient – zdravstveni delavec je rasizem. Stališča zdravstvenih delavcev so eden od mnogih dejavnikov, ki prispevajo k zdravstvenim razlikam. V Združenih državah Amerike se temnopolti pacienti, v primerjavi z belopoltnimi, soočajo z razlikami pri dostopu do zdravstvene oskrbe, kakovosti prejete oskrbe in izidih zdravljenja. Ovire navajajo tudi pri vključevanju v preventivne storitve, akutno zdravljenje ter pri obvladovanju kroničnih bolezni. Temnopolti ljudje so tudi na splošno manj zadovoljni s svojimi interakcijami z zdravstvenimi delavci. Kljub vsem napredkom v zdravstvu, še vedno obstajajo razlike na podlagi rasne in etnične pripadnosti, pri dostopu

do zdravstvene obravnave, kakovosti prejete oskrbe, pojavnosti in razširjenosti bolezni, pričakovani življenjski dobi in umrljivosti.

Medicinske sestre so znane po svojem skrbstvenem odnosu, saj je že sama beseda skrb osrednji pojem zdravstvene nege. Vendar pa tudi medicinske sestre lahko sledijo stališčem družbe in stigmatizirajo ranljive skupine pacientov. Posledice predsodkov, stigmatiziranosti in negativnega odnosa pa imajo vpliv na izid zdravljenja pacientov (Sleeper & Bochain, 2013). Sleeper & Bochain (2013) sta izvedla raziskavo, kjer so pacienti v času zdravljenja odvisnosti opisovali svoje izkušnje stigmatiziranega vedenja pri medicinskih sestrah, ki se je kazal z neupoštevanjem njihovih telesnih in čustvenih potreb. Druga vedenja so vključevala odlašanje negovalnih intervencij, ignoriranje prošenj, neupravičene obtožbe na podlagi neresničnih dejstev, povišan ton glasu ter odsotnost pozornosti in empatije. Nekateri intervjuvanci so omenili tudi, da jim ni bilo izkazano spoštovanje. Zaradi teh stigmatizirajočih vedenj so pacienti občutili bes, osamljenost, izoliranost in frustracije. Skoraj vsi intervjuvanci so opisali program zdravljenja odvisnosti, kot da bi prestajali zaporno kazen ali služili vojaški rok, ki po nepotrebnem omejuje njihovo osebno svobodo. V času zdravljenja so se počutili ujete in omejene s strogim terapevtskim urnikom. Pomanjkanje svobode in samostojnosti so opisovali kot glavni razlog za izgubo motivacije za zdravljenje in željo po zapustitvi programa. Vsi intervjuvanci so se strinjali, da so omejevalni ukrepi in pomanjkanje medsebojnega sodelovanja z medicinskimi sestrami in ostalim osebjem negativno vplivali na izid zdravljenja. Pacienti odvisni od prepovedanih drog so v intervjujih dejali, da so se počutili udeležene v zdravljenju, ko so jim medicinske sestre prisluhnille, jim namenile pozornost, se prilagodile njihovim potrebam in jih obravnavale na spoštljiv ter empatičen način. Intervjuvanci so povedali, koliko so jim pomenile že majhne geste, kot na primer pozdrav s strani zdravstvenih delavcev in ko so čutili, da jih osebjem ne ocenjuje na podlagi stereotipov. Nekaj intervjuvancev je povedalo, da so se zelo dobro počutili, ko sta obravnavo vodila zdravstvena delavca, ki sta bila ozdravljena odvisnika. Ker sta tudi sama izkusila odvisnost, sta to stanje najbolje razumela in obstajala je manjša možnost obsojanja in predsodkov, kar je pripomoglo k zmanjšanju tesnobe. Biti obravnavan kot posameznik, je bil pomemben vidik zdravljenja intervjuvancev.

Raziskava o doživljanju starizma, ki sta jo izvedla Lešnik in Tomažič (2017) je potrdila prisotnost starizma v kliničnem okolju, kar negativno vpliva na odnos do starostnikov in kvaliteto oskrbe. Skupno je bilo zaznanih 319 diskriminatornih dogodkov. Od 132 anketiranih je najmanj en diskriminatorni dogodek doživelo 91 (69,0 %) starostnikov. Skoraj polovico med njimi so najbolj prizadele šale na račun starih ljudi, sledila je ignoranca zaradi starosti (31,9 %) in občutek, da jih niso vzeli resno (28,6 %). Pokroviteljski odnos je občutila slaba četrтина vseh, ki so občutili diskriminacijo (23,1 %). Če seštejemo odstotke, vidimo, da so mnogi diskriminacijo občutili na več ravneh (48,5 %). Pri tem so se starostniki počutili prizadeto. Kadar zdravstveni sistem ohranja stereotipne predpostavke o starosti, so izpolnjeni pogoji za manj kakovostno obravnavanje starega človeka ter do zlorab na podlagi starosti. Od starosti pacienta je večkrat odvisna tudi odločitev o poteku in intenzivnosti zdravstvene oskrbe, saj je visoka starost pogosto izključitveni dejavnik za mnoge klinične raziskave. Starizem se med zdravstvenimi delavci najpogosteje kaže v komunikaciji s starejšimi pacienti. Ogovarjajo jih na pokroviteljski način, tvorijo preproste stavke, manj jih vključujejo v diskusije glede poteka zdravljenja ali govorijo o njih, kot da ne bi bili zraven. Dostikrat se starostnike v zdravstvenih ustanovah tudi nepravilno ali žaljivo naziva, kot na primer: punčka, dečko, mlada dama, mladenič, dedek, babica ali očka in mamica, kar lahko marsikoga prizadene in razume to kot žaljivko na račun starosti. Takšno ravnanje vpliva na starostnikovo dojetje kakovosti zdravstvene obravnave, saj starostnik opiše odnos kot dober le, kadar je obravnavan spoštljivo. Starostniki, ki so deležni več diskriminacije, nižje ocenjujejo svoje fizično in psihično počutje. Vsak si želi biti razumljen in sprejet takšen kot je, zato hitro opazi, kadar ga sogovornik na podlagi videza vstavi v predalček za »takšne« in ga zaradi starosti jemlje manj resno. Nekateri starostniki se zaradi strahu, da jih bodo obravnavali na nespoštljiv način, odločajo za obisk zdravnika, ko je za učinkovito zdravljenje že prepozno. Kljub alarmantnemu stanju in dejstvu, da so stari ljudje najpogostejši uporabniki zdravstvenih storitev, v zdravstvenem sistemu ni opaziti večjih sprememb pri razvoju in sprejemanju strategij za njihovo obravnavo.

Namuleme (2015) je izvedla raziskavo z intervjuji v kateri je sodelovalo 40 oseb s HIV in ugotovila, da so HIV pozitivne osebe poročale o neprimernem odnosu s strani

zdravstvenih delavcev, ki se je kazal v tem, da so bili zadnji na listi obravnave, da so jih premaknili v izolacijsko sobo, jim niso izkazovali zaupanja in empatije, zavrnili zdravljenje ali so po nepotrebnem uporabljali zaščitna sredstva in dvojne rokavice. Eden od intervjuvancev je dejal, da je šel v bolnišnico, ker je potreboval protibolečinsko injekcijo v hrbet. Moral je povedati, da je HIV pozitiven in to mu je bilo težko. Še bolj težko in žalostno mu je bilo, ker so ga pustili čakati do zadnjega in sicer od 13.00 do 19.45 zvečer. Drugi intervjuvanec je poročal o neprijetni izkušnji pri zobozdravniku, katerega je moral obiskati zaradi abscesa. Na napotnici je imel navedeno, katera zdravila jemlje. Ko ga je zobozdravnik začel pregledovati, je vprašal, kako dolgo je okužen s HIV. Nato je dejal, da ga ne bo več zdravil ter da ga bo napotil v drugo bolnišnico, vendar pisma za pregled ni nikoli prejel. Do podobnih ugotovitev so prišli tudi Manganye in sodelavci (2013), ki so v intervjujih z 221 medicinskimi sestrami v Južni Afriki ugotovili, da starejše medicinske sestre prepuščajo oskrbo HIV pozitivnih pacientov mlajšim članom osebja, ki imajo omejeno znanje in manj izkušenj z virusom HIV. Do pacientov s HIV so medicinske sestre imele stereotipna predvidevanja, da so nesodelujoči in problematični, kar je vplivalo tudi na pomanjkanje empatije v odnosu do teh pacientov. Z uporabo nepotrebnih zaščitnih sredstev so pacientom s HIV želele pokazati, da je njihova bolezen nevarna in nalezljiva, poleg tega pa so te paciente tudi ločevale od ostalih pacientov. Rezultati analiziranih raziskav Namuleme (2015) in Manganye in sodelavci (2013) so pokazali veliko mero stigmatizacije med zdravstvenimi delavci in da se ti bojijo, da bodo zaradi stika z okuženimi z virusom HIV tudi sami stigmatizirani. Najbolj so okužene s HIV stigmatizirali tisti zdravstveni delavci, ki so bili redko v stiku z njimi, ki so se bali prenosa okužbe ali bolezn niso dobro poznali, ter mlajši zdravstveni delavci.

O'Donoghue in sodelavci (2021) so s svojo raziskavo z intervjuji ponazorili, s katerimi težavami se soočajo posamezniki s prekomerno telesno težo v zdravstvenem varstvu. Z naraščanjem debelosti se povečujeta tudi pristranskost in stigma glede teže. Na žalost tudi zdravstveni delavci niso imuni na to pristranskost. Obstoječa literatura poroča, da zdravniki in drugi zdravstveni delavci dojemajo ljudi z debelostjo kot nedisciplinirane, lene, slabovoljne in da je malo verjetno, da bodo upoštevali navodila za zdravljenje ali spremenili življenjski slog. To povzroča, da imajo posamezniki z debelostjo odpor do iskanja zdravstvene oskrbe, manjše zaupanje v zdravstvene delavce in slabše rezultate

zdravljenja. Večina intervjuvancev je poročala o negativnih izkušnjah v zvezi s komunikacijo, zlasti v primarni oskrbi in porodnišnicah. To je vključevalo obrazne izraze gnusa in prezira, obtožujoče in obsojajoče komentarje ter uporabo slabšalnega jezika, ki je pri intervjuvancih vzbujal občutke sramu, krivde in zadrege, pri nekaterih pa tudi resne čustvene travme. V večini primerov so intervjuvanci ugotovili, da njihovi pomisleki glede zdravstvenih težav niso bili resno obravnavani in da so bili pripisani zgolj njihovi teži. Pogosto so od zdravstvenih delavcev slišali, da bo izguba teže rešila zdravstveno težavo, ne glede na simptome. Intervjuvanci so menili, da so bili dostikrat prehitro in površno ter brez kakršnekoli empatije obravnavani in niso bili napoteni naprej na specialistične preglede, ki so bili po njihovem mnenju včasih upravičeni. Eden od intervjuvancev je dejal, da vsakič, ko gre k zdravniku, za vse krivi njegovo težo. Spominja se, da mu je nekoč rekel, da ne bi dobil tako hude gripe, če ne bi bil tako debel. Izkušnja, ki jo je opisala ena od intervjuvank, se je zgodila v porodnišnici. Rodila je dvojčka, eden je pri porodu umrl, zdravnik pa je vse, kar je šlo narobe, pripisal njeni teži, celo izgubo otroka. Številni intervjuvanci so poročali o odporu in negativnih predsodkih pred zdravniškimi pregledi. Te občutke so povezali s svojimi preteklimi negativnimi izkušnjami s pristranskostjo teže v zdravstvenih okoljih. Intervjuvanci so kot pogost odziv na stigmatizirajoče vedenje zdravstvenih delavcev navedli stopnjevanje nezdravega vedenja, kot je prenašanje, telesna nedejavnost in kajenje. Intervjuvanci so izrazili mnenje, da bi se izkušnje z zdravstvom izboljšale, če bi zdravstveni delavci bolj poskušali razumeti, kako se počutijo ljudje, ki živijo z debelostjo, in to razumevanje uporabili za vodenje svojih dejanj.

Prado in sodelavci (2021) so v svoji raziskavi intervjuvali brezdomec o tem, kaj je zdravje in kakšne izkušnje imajo z zdravstvenimi storitvami. Iz raziskave je razvidno, da se večina brezdomcev pri iskanju zdravstvenih storitev sooča z diskriminacijo, na kar vplivajo higienske razmere, oblačila, smrad, pomanjkanje dokumentacije za identifikacijo in registracijo. Posledično se brezdomci včasih ne dojemajo kot subjekti s pravicami, zaradi česar poiščejo zdravstvene storitve le v nujnih primerih. Poleg tega v zdravstvu niso vedno pripravljene sprejeti te populacije, saj ne razumejo njihovih potreb po oskrbi. Malo brezdomcev je poročalo o stalnem spremljanju bolezenskega stanja, saj jih večina poišče pomoč le v nujnih primerih, ko ne prenesejo več simptomov, kar je posledica slabih

izkušenj pri iskanju in dostopu do zdravstvenih storitev. Eden od brezdomcev je poročal, da je za sprejem v zdravstveno ustanovo potreben resen in včasih celo agresiven odnos, saj v nasprotnem primeru lahko obravnava poteka neresno in po hitrem postopku, da se čimprej umakneš s poti. Kar nekaj brezdomcev je poročalo, da so razlike opazne med njimi in ostalo populacijo, ki išče zdravstveno pomoč. Veliko ljudi, vključno z zdravstvenimi delavci, se ob srečanju z brezdomci obnaša zgroženo in slabovoljno. Priti v zdravstveno ustanovo lepo oblečen, je nekaj drugega, kot priti tja z raztrganimi, smrdečimi oblačili in umazan, saj te imajo za razbojnika in posledično si obravnavan slabše.

Kljub temu, da naj bi bilo zdravstveno okolje v primerjavi z drugimi najmanj diskriminatorno do oseb s posebnimi potrebami, saj zdravstveni delavci prejmejo več izobrazbe na tem področju, pa se tudi tam pojavlja diskriminacija do teh oseb. V Angliji so Ali in sodelavci (2013) izvedli raziskavo, kjer so proučevali, kakšne izkušnje imajo osebe z motnjami v duševnem razvoju in njihovi skrbniki z zdravstvenim sistemom. Veliko intervjuvancev je poročalo, da so bili zaradi svoje motnje obravnavani drugače od ostalih pacientov, nepravilno in diskriminatorno. Kot posledico diskriminacije s strani zdravstvenih delavcev so intervjuvanci navedli negativen odnos, nespoštovanje, pomanjkanje dostojanstva in prilagajanja njihovim specifičnim potrebam. Kot oviro so navedli tudi težave pri komunikaciji z zdravstvenimi delavci. Nekateri intervjuvanci so imeli občutek, da jih zdravstveni delavci med pogovorom ignorirajo, ali pa so bili pregovorjeni, če je bil prisoten njihov skrbnik. Velikokrat niso vedeli, kaj se dogaja in zakaj so v zdravstveni ustanovi, prav tako niso bili ustrezno obveščeni o diagnozah, medicinskih posegih in režimih zdravljenja. Intervjuvanci so poročali tudi o težavah pri odnosu z zdravstvenimi delavci, da so bili do njih nevljudni in neprijazni, uporabljali so žaljiv jezik, vzvišen način govora ter izkazovali premalo interesa. Nekateri so poročali tudi o zanemarjanju osnovnih potreb na bolnišničnih oddelkih, ko se osebe ni odzivalo na prošnje za pomoč pri uporabi stranišča in pomoč pri hranjenju. Številni intervjuvanci so dejali, da se zaradi prejšnjih negativnih izkušenj z nenaklonjenostjo ne želijo več vrnitvi v bolnišnice ali obiskati osebnega zdravnika. Primeri dobrih praks iz raziskave so predvsem dobre komunikacijske sposobnosti, prijazen odnos do pacientov, prav tako

določena mera fleksibilnosti in prilagodljivosti pri uporabi zdravstvenih storitev oseb s posebnimi potrebami (daljši čas, namenjen za pregled oziroma zdravniški posvet).

Albuquerque in sodelavci (2016) so s pregledom literature ugotavljali težave povezane s homoseksualnostjo pri dostopu in uporabi zdravstvenih storitev. Odnos med pacienti in zdravstvenimi delavci je bistven za krepitev kakovosti oskrbe. Vendar lezbijke, geji, biseksualci in transspolni ljudje (LGBT) trpijo zaradi predsodkov in diskriminacije pri dostopu in uporabi teh storitev. Ugotovili so, da je v tej smeri potrebno še veliko postoriti, da se spolnim manjšinam zagotovi enakopraven in gostoljuben dostop do zdravstvenih storitev. Pravica do zdravja velja za univerzalno pravico vsakega. Dejstvo je, da so številne države prepredene z okviri izključevanja in kršitvami temeljnih človekovih pravic, zlasti za manjšinske družbene skupine, kot so pripadniki LGBT. Raziskave kažejo, da so pripadniki skupine LGBT bolj dovzetni za nekatera vedenja, kot so zloraba alkohola, tobaka in prepovedanih drog, nezaščiteni spolni odnosi in agresivno obnašanje. Iz vidika zdravstvenih težav pa se pri teh skupinah pogosteje pojavljajo duševne motnje, spolno prenosljive bolezni, kot so HIV/AIDS, rak materničnega vratu in dojki in prekomerna telesna teža. Iskanje zdravstvenih storitev je za to skupino lahko oteženo in stresno zaradi diskriminatornih praks in predsodkov s strani zdravstvenih delavcev, ki izhajajo iz homofobije. Homofobijo lahko definiramo kot zavrnitev, strah ali nestrpnost do pripadnikov LGBT. Napačno ravnanje, omejitve, predsodki ali celo verbalne zlorabe s strani zdravstvenih delavcev povzročajo zmanjšanje obiska in iskanja pomoči pripadnikov LGBT. Zaradi tega se pripadniki LGBT večkrat bojijo razkriti svojo spolno usmerjenost v zdravstvenih storitvah, saj predvidevajo, da bo to negativno vplivalo na izid obravnave. Posledično se jih obravnava kot heteroseksualce, s tem pa se kaže nezadovoljstvo s prejeta oskrbo, saj ta ne obravnava njihovih resničnih potreb ali želja. Zdi se, da je prisotnost ponotranjene homofobije v LGBT populaciji še ena težava, da ne iščejo zdravstvenih storitev. Sram in strah pred predsodki po razkritju spolne usmerjenosti sta pokazala povezavo z nizom težav med pripadniki LGBT, vključno z depresijo in tesnobo, težavami v odnosih in uporabo psihoaktivnih substanc. LGBT pripadniki se v večini primerov obrnejo na zdravstvene ustanove šele, ko postane samodejno reševanje težav neuspešno.

2.5.1 Omejitve raziskave

Ob iskanju primerljive literature so se pojavile tudi določene omejitve. Literaturo smo iskali v slovenskem in angleškem jeziku. Tuje literature za potrebe diplomskega dela smo našli dovolj. Težave smo imeli predvsem pri iskanju slovenske literature, kar kaže na to, da so stereotipi in predsodki v zdravstvu v Sloveniji slabo poznana in raziskana tematika. Naslednja omejitev je bila plačljivost kakovostnih člankov, ki jih nismo vključili v diplomsko delo.

2.5.2 Doprinos za prakso in priložnosti za nadaljnje raziskovalno delo

Menimo, da smo v diplomskem delu skozi pregled literature obravnavali aktualno problematiko, s katero se srečuje sodobna družba kot tudi zdravstveni sistem. Ugotovili smo posledice, ki se pojavljajo zaradi stereotipov in predsodkov v zdravstvu, ki se kažejo z nižjo kvaliteto oskrbe, slabšimi izidi zdravljenja in nižjim zadovoljstvom s prejeta oskrbo. Ugotavljamo, da bi bilo potrebno izvesti več raziskav, tako kvalitativnih kot kvantitativnih, ki bi pokazale poglobljen uvid v predstavljeno problematiko. Zbiranje podatkov o izkušnjah pacientov, kateri so bili obravnavani na podlagi stereotipov in predsodkov, bi lahko pomembno prispevalo k razvoju ukrepov, katerih namen bi bil v čim večji meri zagotoviti spoštljivo, kakovostno in enako oskrbo vseh pacientov. Pri tem pa imajo pomembno vlogo tudi izobraževalne institucije in študijski programi, ki izobražujejo študente za bodoče zdravstvene delavce.

3 ZAKLJUČEK

S pregledom literature smo ugotovili, da tudi zdravstveni delavci niso imuni na stereotipe in predsodke, katerim so v največji meri izpostavljeni posamezniki iz tako imenovanih ranljivih skupin prebivalstva. Kot ranljive skupine so se pokazale rasne/etnične manjšine, istospolno usmerjeni, osebe odvisne od drog/alkohola, starostniki, brezdomci, osebe s prekomerno telesno težo, HIV pozitivne osebe ter osebe z motnjami v duševnem razvoju.

Stereotipi in predsodki v zdravstvu so zaskrbljujoči, saj vodijo do številnih posledic za paciente. V primeru, da zdravstveni delavci delujejo na podlagi stereotipov in predsodkov so izpolnjeni pogoji za neenake postopke zagotavljanja, dostopanja in prejemanja zdravstvene obravnave. Izkušnje s stereotipi in predsodki v zdravstvu pacientom povzročajo odpor do iskanja zdravstvenih storitev, manjše zaupanje v zdravstvene delavce in slabše rezultate zdravljenja.

Odnos med pacienti in zdravstvenimi delavci je bistven za krepitev kakovostne zdravstvene oskrbe. Zdravstvene delavce zavezujejo tudi kodeksi etike, ki pravijo da morajo zdravstveni delavci vse paciente obravnavati enakovredno in enakopravno ne glede na značilnosti pacienta. Menimo, da se je v zdravstvu proti stereotipom in predsodkom potrebno boriti z znanjem, izobraževanji in pripravljenostjo, da se približamo vsaki osebi ne glede na družbeni status in s tem zagotovimo kakovostno in pravično obravnavo za vse paciente. Prav tako smo mnenja, da imajo pri tem pomembno vlogo tudi izobraževalne institucije in študijski programi, ki izobražujejo študente za bodoče zdravstvene delavce.

Zaključna misel »Z drugimi ravnaj tako, kot bi sam želel, da drugi ravnajo s teboj.« (ljudski pregovor), je tako še vedno aktualna in pomeni dobro popotnico zdravstvenim delavcem pri izvajanju svojega dela.

4 LITERATURA

Aggarwai, S., Lee, D.H., Minter, W.B., Fenning, R., Raja, S.K., Bernstein, M.E., Raman, K.R., Denny, S.P., Patel, P.A., Lieber, M., Farnel, A.O. & Diamond, C.A., 2017. Another generation of stigma? Assessing healthcare student perceptions of HIV-positive patients in Mwanza, Tanzania. *AIDS patient care and STDs*, 31(2), pp. 87-95. 10.1089/apc.2016.0175.

Albuquerque, G.A., Garcia, C.L., Quirino, G.S., Alves, M.J.H., Belem, J.M., Figueiredo, F.W.S., Paiva, L.S., Nascimento, V.B., Maciel, E.S., Valenti, V.E., Abreu, L.C. & Adami, F., 2016. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 16(2), pp. 1-10. 10.1186/s12914-015-0072-9.

Ali, A., Scior, K., Ratti, V., Strydom, A., King, M. & Hassiotis, A., 2013. Discrimination and other barriers to accessing health care: Perspectives of patients with mild and moderate intellectual disability and their carers. *PLoS ONE*, 8(8), pp. 1-13. 10.1371/journal.pone.0070855.

Aronson, J., Burgess, D. & Juarez, L., 2013. Unhealthy Interactions: The Role of Stereotype Threat in Health Disparities. *American Journal of Public Health*, 103(1), pp. 50-56. 10.2105/AJPH.2012.300828.

Burnes, D., Sheppard, C., Henderson, C.R., Wassel, M., Cope, R., Barber, C. & Pillemer, K., 2019. Interventions to Reduce Ageism Against Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Public Health*, 109(8), pp. 1-9. 10.2105/AJPH.2019.305123.

Chye, N.Y. & Sullivan, M.J., 2018. HIV stigma among health care team members. *Malaysian Journal of Nursing*, 9 (3), pp. 18-25.

Corrigan, P.W. & Rao, D., 2012. On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), pp. 464-469. 10.1177/070674371205700804.

Doran, K.M., Vashi, A.A., Platis, S., Curry, L.A., Rowe, M., Gang, M. & Vaca, F.E., 2013. Navigating the Boundaries of Emergency Department Care: Addressing the Medical and Social Needs of Patients Who Are Homeless. *American Journal of Public Health*, 103 (S2), pp. 355-360. 10.2105/AJPH.2013.301540.

Esquierdo - Leal, J., Jacobs, N. & Strauss, S., 2020. Prejudice in the Health Care System: Remediation Strategies. In: L.T. Benuto, M.P. Duckworth, A. Masuda & W. O'Donohue, eds. *Prejudice, Stigma, Privilege, and Oppression*. USA: University of Nevada, pp. 337-359.

FitzGerald, C. & Hurst, S., 2017. Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC medical ethics*, 18(1), pp. 1-18. 10.1186/s12910-017-0179-8.

Fortuna, R., 2015. *Predsodki v zdravstveni negi in vpliv predsodkov na delo medicinskih sester: diplomsko delo*. Izola: Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju.

Fulton, M. & Srinivasan, V.N., 2022. *Obesity, Stigma And Discrimination*. TreasureIsland: StatPearls Publishing.

Furlan Štante, M., 2016. Stereotipi in predsodki. In: M. Orel, ed. *Bodite čuječni, poučujte čuječno in učite čuječnost. Ljubljana, 20.-22. oktober 2016*. Ljubljana, EDUvision, pp. 110-114.

Hall, W.J., Chapman, M.V., Lee, K.M., Merino, Y.M., Thomas, T.W., Payne, B.K., Eng, E., Day, S.H. & Coyne-Beasley, T., 2015. Implicit Racial/Ethnic Bias Among Health Care Professionals and Its Influence on Health Care Outcomes: A Systematic Review. *American journal of public health*, 105(12), pp. 60-76. 10.2105/AJPH.2015.302903.

Hamed, S., Bradby, H., Ahlberg, B.M. & Thapar-Björkert, S., 2022. Racism in healthcare: a scoping review. *BMC public health*, 22(1), pp. 1-22. 10.1186/s12889-022-13122-y.

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

Komidar, K., 2021. Stereotipi, predsodki in vrednotni sistem študentov zdravstvene nege. In: N. Kregar Velikonja, ed. *Celostna obravnava pacienta: zbornik prispevkov, 11. mednarodna znanstvena konferenca. Novo mesto, 18. november 2021*. Novo mesto: Fakulteta za zdravstvene vede, pp. 176-189.

Kralj, A., 2022. *Predsodki in stereotipi študentk in študentov Fakultete za socialno delo v času dodiplomskega študija: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.

Lekše, R., Capuder, A.M., Vehar, A., Vehar, K. & Ličen, S., 2022. Odnos študentk in študentov zdravstvene nege do homoseksualnosti. *Obzornik zdravstvene nege*, 56(2), pp. 132-140.

Lešnik, A. & Tomažič, J., 2017. Starizem v zdravstvenih ustanovah. *Obzornik zdravstvene nege*, 51(4), pp. 312-319.

Manganye, B.S., Maluleke, X.T. & Lebese, R.T., 2013. Professional nurses' views regarding stigma and discrimination in the care of HIV and AIDS patients in rural hospitals of the Limpopo province, South Africa. *African Journal of AIDS Research*, 12(1), pp. 33-40. 10.2989/16085906.2013.815411.

Matoh, U., 2017. *Zmanjševanje stigme do oseb z duševnimi motnjami v zdravstveni negi: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Angele Boškin.

Mencin Čeplak, M., 2013. Izvor in vloga stereotipov in predsodkov. *Vzgoja*, 15(59), pp. 12-13.

Mlinšek, A., 2012. Etičnost razmišljanja in diskriminacija v zdravstveni negi. *Revija za univerzalno odličnost*, 1(1), pp. 20-29.

Namuleme, R.K., 2015. HIV/AIDS-related stigma and information behaviour: an ethnographic study in the UK. *Health Information & Libraries Journal*, 32(1), pp. 61-66. 10.1111/hir.12090.

Nong, P., Raj, M., Creary, M., Kardia, S.L.R. & Platt, J.E., 2020. Patient-Reported Experiences of Discrimination in the US Health Care System. *JAMA Netw Open*, 3(12), pp. 1-11. 10.1001/jamanetworkopen.2020.29650.

O'Donoghue, G., Cunningham, C., King, M., O'Keefe, C., Rofaeil, A. & McMahon, S., 2021. A qualitative exploration of obesity bias and stigma in Irish healthcare; the patients' voice. *PloS one*, 16(11), pp. 1-15. 10.1371/journal.pone.0260075.

Page, M.J., McKenzie, J.E., Bossuyt, M.P., Boutron, I., Hoffmann, C.T., Mulrow, D.C., Shamseer, L., Tetzlaff, M.J., Akl, A.E., Brennan, E.S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, M.J., Hróbjartsson, A., Lalu, M.M., Li, T., Loder, W.E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, A.L., Stewart, A.L., Thomas, J., Tricco, C.A., Welch, A.V., Whiting, P. & Moher, D., 2021. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMC Systematic Reviews*, 10(89), pp. 1-11.

Perviz, A., Bole, U. & Bregar, B., 2021. Odnos medicinskih sester do pacienta, odvisnega od prepovedanih drog: integrativni pregled literature. *Obzornik zdravstvene nege*, 55(2), pp. 113-124.

Phelan, S.M., Burgess, D.J., Yeazel, M.W., Hellerstedt, W.L., Griffin, J.M. & Van Ryn, M., 2015. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients

with obesity. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 16(4), pp. 319-326. 10.1111/obr.12266.

Polit, B. & Beck, C.T. 2021. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

Prado, M.A.R., Goncalves, M., Silva, S.S.D., Oliveira, P.S.D., Santos, K.D.S. & Fortuna, C.M., 2021. Homeless people: health aspects and experiences with health services. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(1), pp. 164-170. 10.1590/0034-7167-2019-0200.

Puddifoot, K., 2019. Stereotyping Patients. *Journal of Social Philosophy*, 50(1), pp. 69-90. 10.1111/josp.12269.

San-Martín-Gamboa, B., Zarrazquin, I., Fernandez-Atutxa, A., Cepeda-Miguel, S., Doncel-García, B., Imaz-Aramburu, I., Irazusta, A. & Fraile-Bermúdez, A.B., 2023. Reducing ageism combining ageing education with clinical practice: A prospective cohort study in health sciences students. *Nursing Open*, 0(0), pp. 1-8. 10.1002/nop2.1643.

Skušek, T., 2016. *Odnos zdravstvenih delavcev do pacientov, ki so brezdomci: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice.

Sleeper, J.A. & Bochain, S.S., 2013. Stigmatization by nurses as perceived by substance abuse patients: A phenomenological study. *Journal of Nursing Education and Practice*, 3(7), pp. 92-98. 10.5430/jnep.v3n7p92.

Slovar slovenskega knjižnega jezika (SSKJ), n d. Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša ZRC SAZU. [online] Available at: <https://sskj.si/> [Accessed 1 March 2023].

Šavli, D. & Ličen, S., 2019. Perspektiva študentov zdravstvene nege do istospolno usmerjenih: opisna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 53(4), pp. 309-319.

Štrtak, T., 2018. *Predsodki in stereotipi med študentsko populacijo: magistrsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.

Tomiyama, A.J., Carr, D., Granberg, E.M., Major, B., Robinson, E., Sutin, A.R. & Brewis, A., 2018. How and why weight stigma drives the obesity 'epidemic' and harms health. *BMC medicine*, 16(1), pp. 1-6. 10.1186/s12916-018-1116-5.

Trček, P., 2019. *Predsodki, stereotipi in diskriminacija slepih na področju zaposlovanja: magistrsko delo*. Koper: Univerza na Primorskem, Pedagoška fakulteta.

Ule, M., 2013. Predsodki v sodobnih družbah znanja. *Vzgoja*, 15(59), pp.14-15.

Vehar, J., 2019. *Stigmatizacija oseb s humanim imunodeficientnim virusom s strani družbe in zdravstvenih delavcev: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta.

Vozelj, A., 2016. *Nestrpnost mladih do priseljencev v občini Zagorje ob Savi: diplomsko delo*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za socialno delo.

Zamolo, B., 2014. *Odnos in komunikacija med medicinsko sestro in pacientom: diplomsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede.