



Fakulteta za zdravstvo

Jesenice

Faculty of Health Care

Jesenice

Magistrsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa druge stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**ZAGOTAVLJANJE TELESNEGA IN
OSEBNOSTNEGA DOSTOJANSTVA V ČASU
HOSPITALIZACIJE**

**ENSURING PATIENTS' PHYSICAL AND
PERSONAL DIGNITY DURING
HOSPITALIZATION**

Mentorica: izr. prof. dr. Brigita Skela Savič

Kandidatka: Mateja Bahun

Jesenice, julij, 2016

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorici izr. prof. dr. Brigiti Skeli Savič in recenzentkama doc. dr. Simoni Hvalič Touzery ter doc. dr. Radojki Kobentar in za vsa mnenja in usmeritve. Zahvaljujem se mag. Maji Zajec za pomoč pri statistični obdelavi podatkov in za razjasnitev sveta števil. Zahvaljujem se tudi delodajalcu za podporo in razumevanje, ter vsem, ki so sodelovali pri anketiranju in izrazili svoja mnenja. Predvsem pa se zahvaljujem svoji družini za razumevanje, podporo in potrpežljivost. To mi veliko pomeni.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Človeško dostojanstvo je neodtujljiva pravica vsakega posameznika in ima več razsežnosti: družbeno, telesno, duševno oziroma osebnostno, duhovno, eksistencialno. Ohranjanje dostojanstva in zasebnosti je temeljna naloga zdravstvenih delavcev, kadar se posameznik kot pacient znajde v njihovi oskrbi.

Cilj: Ugotoviti, v kolikšni meri se v času hospitalizacije odraslim pacientom zagotavlja dostojanstvo, ter kako to zagotavljanje dojemajo zaposleni v zdravstveni negi, fizioterapiji in medicini.

Metoda: Magistrsko delo temelji na neeksperimentalni eksplorativni kvantitativni raziskovalni metodi. Podatki za empirični del so bili pridobljeni s strukturiranim vprašalnikom (Cronbach alfa koeficient=0,893). V raziskavi je sodelovalo 267 zaposlenih iz petih slovenskih splošnih bolnišnic zaposlenih v zdravstveni negi, fizioterapiji in medicini. Anketiranci so bili izbrani priložnostno. Pridobljeni so bili kvantitativni podatki, obdelani z bivariatno in multivariatno analizo.

Rezultati: Faktorska analiza pokaže na 5 vsebinskih konstruktov: osebna odgovornost zaposlenih, informiranost pacientov, pacientovo sodelovanje pri odločitvah, zasebnost pacientov, telesno dostojanstvo, ki skupaj pojasnjujejo 45% variance. Ženske se statistično bolj kot moški strinjajo s faktorjema osebna odgovornost ($p=0,016$) in zasebnost ($p<0,001$), tisti z daljšo delovno dobo se bolj strinjajo s trditvami o telesnem dostojanstvu ($p=0,047$). Diplomirane medicinske sestre se bolj strinjajo s faktorjem zasebnost ($PV=3,675$, $p<0,001$), zdravstveni tehniki pa bolj kot drugi uporabljajo pripomočke za varovanje telesnega dostojanstva ($PV=3,973$, $p<0,001$), razlike v uporabi pripomočkov obstajajo tudi med ustanovami ($p<0,001$). Tisti z lastno izkušnjo hospitalizacije se bolj strinjajo s faktorjem osebna odgovornost ($p=0,016$) in bolj pogosto uporabljajo pripomočke ($p=0,001$).

Razprava: Velikega dela ugotovitev nismo mogli primerjati z drugimi raziskavami, ker raziskav, ki bi analizirale primerljive vidike ni. Splošna ocena sodelavcev o upoštevanju telesne zasebnosti pacientov je dobra, tudi mnenje, da bi sodelavca opozorili, če bi kršil zasebnost je pogosto. Mnenja o telesnem dostojanstvu pacientov ter uporaba pripomočkov in intervencij se zelo razlikujejo med poklicnimi skupinami, kar

pripisujemo deloma vsebini in načinu izobraževanja o tej tematiki. Rezultate bodo lahko uporabila vodstva posameznih ustanov, da bodo napore ciljano usmerili v izboljšanje znanja, razumevanja področja dostojanstva ter izboljšali infrastrukturne in materialne pogoje. Narava dela v zdravstvu nas sili v pacientov intimni in osebni prostor, kar vzbuja nelagodje tako pri pacientu kot zdravstvenem delavcu. Tak »vdor« je v zdravstveni obravnavi kdaj neobhodno potreben, pomembno je le, na kakšen način je izveden.

Ključne besede: dostojanstvo, pacient, zasebnost, hospitalna obravnava, zdravstveni delavci

SUMMARY

Background: Human dignity is an inalienable right of every person and has multiple dimensions: social, physical, mental or personal, spiritual and existential. Maintaining dignity and privacy is a fundamental task of health care workers when caring for patients.

Aims: The aim of the study was to determine the extent to which hospitalized adult patients are ensured dignity while receiving care, and how professionals in nursing, physiotherapy and medicine perceive that.

Methods: The study employed exploratory, non-experimental quantitative research design. The data for the empirical part were obtained with a structured questionnaire (Cronbach's $\alpha=0.893$). The study began in April 2014 and included 267 employees from five general Slovenian hospitals working in nursing, physiotherapy and medicine. A convenience sample was used. Quantitative data were obtained and processed using bivariate and multivariate analyses.

Results: Factor analysis results revealed 5 thematic constructs: personal responsibility of employees, informing the patients, patients' inclusion in decision-making, patients' privacy, and physical dignity, which together explained 45% of the variance. Compared to male respondents, female respondents expressed significantly higher agreement with the factors of personal responsibility ($p=0.016$) and privacy ($p<0.001$), while employees with a longer period of employment expressed higher agreement with the statements concerning physical dignity ($p=0.047$). Registered nurses strongly agreed with factor patients' privacy ($M=3.675$, $p<0.001$) and nurse assistants tended to employ tools for ensuring patients' privacy more ($M=3.973$, $p<0.001$); differences in the use of tools also existed between institutions ($p<0.001$). Those with personal experience of hospitalization expressed stronger agreement with the factor of personal responsibility ($p=0.016$) and more frequently employed tools ($p=0.001$).

Discussion: Most of our findings cannot be compared to other studies due to a lack of researches investigating the same aspects. The overall assessment of employees on how well patients' physical privacy is ensured is good. Moreover, health care workers often claimed that they would point out to a colleague if they were violating patient privacy. The opinions on patient physical dignity and the use of tools and interventions vary

widely among occupational groups, which can be attributed in part to the content and method of education on this topic. Study results can be used by the managerial workers of different institutions to focus their efforts on expanding knowledge on this topic, understanding the scope of patient dignity, and possibly improving the infrastructure and material conditions. The nature of health care work is such that it invades patients' intimate and personal spaces, resulting in discomfort for both patients and health care professionals alike. Even though such 'intrusion' is often unavoidable in provision of health care, the manner of its implementation is extremely important.

Key words: dignity, patient, privacy, hospital treatment, health care workers

KAZALO

1	UVOD	1
2	TEORETIČNI DEL	2
2.1	ČLOVEKOVO DOSTOJANSTVO IN ZASEBNOST	2
2.1.1	Telesno dostojanstvo	5
2.1.2	Osebnostno dostojanstvo.....	9
2.2	ZAKONODAJNI VIDIK DOSTOJANSTVA ČLOVEKA V VLOGI PACIENTA	10
2.3	OSEBNOSTNO IN TELESNO DOSTOJANSTVO V ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI.....	13
3	EMPIRIČNI DEL	20
3.1	NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA.....	20
3.2	RAZISKOVALNE HIPOTEZE.....	20
3.3	RAZISKOVALNA METODOLOGIJA	21
3.3.1	Metode in tehnike zbiranja podatkov	21
3.3.2	Opis spremenljivk in merskega instrumenta.....	22
3.3.3	Opis vzorca.....	27
3.3.4	Opis poteka raziskave in obdelave podatkov	32
3.4	REZULTATI.....	33
3.4.1	Opisna statistika	33
3.4.2	Rezultati vezani na hipoteze.....	35
3.5	RAZPRAVA	51
4	ZAKLJUČEK	63
5	LITERATURA	65
6	PRILOGE	
6.1	INSTRUMENT	

KAZALO TABEL

Tabela 1: Zanesljivost instrumenta.....	24
Tabela 2: 20 spremenljivk o pacientovi zasebnosti in faktorske uteži, dobljene s pravokotno rotacijo	26
Tabela 3: Število razdeljenih/vrnjenih vprašalnikov	28

Tabela 4: Realizacija vzorca glede na št. zaposlenih na posameznih oddelkih v posameznih ustanovah	29
Tabela 5: Razporeditev anketirancev po poklicni skupini.....	30
Tabela 6: Razporeditev anketirancev glede na veroizpoved	31
Tabela 7: Razdelitev anketirancev glede na spol, delovišče na katerem so zaposleni in lastno izkušnjo hospitalizacije v zadnjih dveh letih.....	31
Tabela 8: Opisna statistika za posamezne trditve iz sklopa dostojanstvo pacientov v bolnišnici.....	33
Tabela 9: Rezultati za faktorje glede na spol anketirancev	35
Tabela 10: Rezultati za faktorje in starost ter trajanje delovne dobe anketirancev	36
Tabela 11: Rezultati za faktorje glede na veroizpoved.....	37
Tabela 12: Rezultati za faktorje glede na zaposlene iz različnih poklicnih skupin.....	38
Tabela 13: Uporaba pripomočkov / intervencij glede na pripadnost poklicni skupini...39	
Tabela 14: Statistično pomembne razlike glede na poklicno skupino pri uporabi pripomočkov oz. intervencijah za zagotavljanje telesnega dostojanstva.....	39
Tabela 15: Rezultati za faktorje glede na ustanovo zaposlitve.....	40
Tabela 16: Uporaba pripomočkov / intervencij glede na ustanovo zaposlitve.....	41
Tabela 17: Statistično pomembne razlike glede na ustanovo zaposlitve pri uporabi pripomočkov oz. intervencijah za zagotavljanje telesnega dostojanstva.....	42
Tabela 18: Rezultati za faktorje glede na delovišče	43
Tabela 19: Rezultati za faktorje in sklop trditev, ki se nanašajo na uporabo pripomočkov / intervencij za zagotavljanje telesnega dostojanstva glede na lastno izkušnjo hospitalizacije.....	44
Tabela 20: Rezultati za trditve glede na lastno hospitalizacijo v zadnjih 2 letih	44
Tabela 21: Pearsonov test korelacije med skupinama vprašanj - teorija in praksa	46
Tabela 22: Rezultati za ugotavljanje razlik med skupinama vprašanj - teorija in praksa	47
Tabela 23: Splošna ocena sodelavcev o zagotavljanju telesne zasebnosti pacientom glede na ustanovo zaposlitve.....	47
Tabela 24: Mnenje anketirancev glede lastnega znanja s področja zagotavljanja telesne zasebnosti	48

KAZALO SLIK

Slika 1: Razporeditev anketirancev glede na starost.....	29
Slika 2: Razporeditev anketirancev glede na delovno dobo.....	30

1 UVOD

Dostojanstvo je prirojena in neodtujljiva vrednota, ki pripada vsakemu človeku preprosto zato, ker je človek. Človekovo dostojanstvo je vodilna in najpomembnejša vrednota, ki je nihče ne more podeliti niti je ne sme odvzeti, lahko jo samo varuje. Zasebnost je ena od osnovnih in univerzalnih človekovih vrednot, ki jo človek želi skriti pred pogledi drugih (Marinič, 2012). Dostojanstvo za razumevanje ni enostaven in preprost koncept, ker ga jemljemo za samoumevnega in ker obstajajo različne interpretacije koncepta (Edlund, et al., 2013).

Celostni pristop v zdravstveni negi od medicinske sestre zahteva med ostalim tudi spoštovanje dostojanstva pacienta, da bi mu s tem zagotovila lagodje in varnost. Spoštovanje dostojanstva je poleg strokovnega znanja zato osnovna prvina v zdravstveni negi in predpogoj za etični odnos do pacienta. Pacientovo zaupanje medicinski sestri ali zdravstvenemu tehniku 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 zdravstvenega zavoda kot celote. Zasebnost je varovalo posameznikovega duševnega miru in ohranja njegovo duševno celovitost, samo dokler ne pride do vdora vanjo (Marinič, 2012).

Avtorji Beach, et al., (2005) govorijo o vlogi zdravnikov pri spodbujanju sodelovanja pacientov pri obravnavi in pomenu dostojanstva v obravnavi pacientov. Ugotavljajo, da sta dostojanstvena obravnava in vključenost v odločitve samostojno povezana z pozitivnimi izidi obravnave. In četudi je vključevanje pacientov v odločanje pomemben del spoštovanja njihove avtonomije, je ravno tako pomembno širše spoštovanje pacientov in to z dostojanstvenim obravnavanjem.

2 TEORETIČNI DEL

2.1 ČLOVEKOVO DOSTOJANSTVO IN ZASEBNOST

Šmitek (2006) navaja, da ima pojem človekovega dostojanstva nešteto pomenov, zato o njem govorimo kot o konceptu. Koncept je kompleksen duševni izraz empirične izkušnje. Dostojanstvo je abstrakten koncept, ki izraža duševne podobe, ki jih ni lahko razumeti (Haddock, 1996 cited in Šmitek 2006, p 23). Vsakdo ima o dostojanstvu drugačne predstave. Če pogledamo, kaj o tem navaja Slovar slovenskega knjižnega jezika (2000, p. 163, p. 1622, p. 308) ugotovimo, da pomeni: dostojanstvo - dostojanstveno vedenje, ravnanje, čast, ponos; zaseben - ki je last posameznika, nanašajoč se na posameznika; zasebnost - značilnost zasebnega; intimen - ki vsebuje, izraža odkritost, zaupanje, zaupen; intima - človekovo osebno, čustveno življenje, doživljanje. V angleščini pa Oxford dictionary (2012) navaja termine kot so: dignity - the state or quality of being worthy of honor or respect, a sense of pride in oneself, self-respect (dostojanstvo – stanje ali kakovost biti vreden časti ali spoštovanja, občutek ponosa, samospoštovanje); confidentially - in a way that is intended to be private or secret, privately (zaupno – na način, ki je zaseben ali skriven, na samem); privacy- a state in which one is not observed or disturbed by other people the state of being free from public attention (zasebnost – stanje, kjer nekoga nihče ne opazuje ali moti, stanje brez pozornosti javnosti); intimacy - close familiarity or friendship, a cosy and private or relaxed atmosphere, closeness of observation or knowledge of a subject (intimnost – tesno poznanstvo ali prijateljstvo, domačno in zaupno ali sproščeno ozračje, bližina opazovanja ali poznavanja subjekta).

Besedo dostojanstvo, ki izhaja iz latinske besede *dignitas*, kar pomeni vredno (angl. worthy) je leta 1996 definiral Haddock kot: »sposobnost počutiti se pomembne in dragocene v odnosu z drugimi« (Edlund, et al., 2013, p. 851). Koncept dostojanstva so v skandinavskem prostoru raziskovali Edlund, et al. (2013), ki so prišli do zaključka, da se človeško dostojanstvo lahko razume oz. povzame kot sledeče teze: dostojanstvo je koncept, ki se lahko uporabi samo za človeška bitja in pomeni biti celovit kot človeško bitje, entiteta telesa, duše in duha. Dostojanstvo izhaja iz vrednot in se izraža kot absolutno in relativno dostojanstvo. Vrednote absolutnega dostojanstva so svetost

(holiness), vrednost človeka (human worth), odgovornost do svobode (freedom responsibility), dolžnost (duty), služenje sočloveku (serving one's fellow man). Te vrednote so absolutne in zatorej neskončne in se jim ne da odreči. Relativno dostojanstvo je odsev absolutnega, toda na njegove vrednote vpliva kultura in le te so hierarhične. Te vrednote so fleksibilne za namenom, da ohranijo izkušnjo dostojanstva. Način, kako se izraža posameznikovo dostojanstvo je spremenljiv in podvržen vplivom kulture.

Dostojanstvo je kompleksen koncept, in četudi vemo o dostojanstvu in njegovem pomenu znotraj zdravstvene obravnave veliko, pa se ta koncept kritizira kot nejasen in neuporaben pojem (Gallagher, 2011; Billings, 2008, cited in Tranvåg, et al., 2015, p. 578; Macklin, 2003 cited in Tranvåg, et al., 2015, p. 578). Ne glede na obstoječe ontološke in disciplinarne razlike več različnih avtorjev prikazuje dostojanstvo kot dualistični koncept, ki vsebuje različne vidike (Jacobson, 2009a; Edlund, et al. 2013; Tranvåg, et al., 2015). Vsekakor pa ima ideja o človeškem dostojanstvu pomembno vlogo v filozofiji, teologiji, politiki, zakonodaji kot tudi klinični praksi zdravstvene obravnave (Li, 2014).

Jeršin (2015) je zdravstvene delavce vseh poklicnih skupin v eni od slovenskih bolnišnic spraševala o mnenju, kaj jim pomeni beseda dostojanstvo, in identificirala štiri kategorije z devetimi vsebinskimi kodami (spoštovanje – spoštovanje samega sebe, medsebojno spoštovanje, spoštovanje človeka; zasebnost - varovanje in upoštevanje zasebnosti; vrednota – moralna vrednota, vrednota človeka; pravica – pacientova in osebna pravica).

Tudi koncept zasebnosti (privacy); tako Akyüz in Erdemir (2013); nima nekega univerzalnega opisa, je pa večinoma opisan kot »stanje kontrole«, »svoboda izbire«, »umik interakcije«, »območje nedostopnosti« (Leino-Kilpi, et al., 2003 cited in Akyüz & Erdemir, 2013, p. 661), ter jo delita na področja: telesna zasebnost, socialna zasebnost, psihološka zasebnost ter informacijska zasebnost. Telesna zasebnost je nadzor posameznika nad fizično okolico (tudi v bolnišnici), ter se nanaša tudi na fizični kontakt z drugimi ljudmi in stopnjo intimnosti v tem kontaktu. Psihološka zasebnost se nanaša na sposobnost posameznika da kontrolira svoje miselne in izvedbene procese, da

oblikuje vrednote in kot pravico, da se odloča s kom in v kakšnih pogojih bo delil svoje misli in intimne informacije. Socialna zasebnost pomeni obvladovanje socialnih odnosov/povezav in njihovo pogostost, trajanje in obseg. Informacijska zasebnost pa pomeni, da posameznik nadzoruje dostop drugih do njegovih osebnih podatkov in se lahko zavaruje pred razkritjem le teh. Zasebnost in dostojanstvo sta prepletajoča se koncepta (Woogara, 2005), namenjena podpiranju osnovnih človeških pravic in za zagotavljanje osebnih odločitev posameznika (Lothian & Philip, 2001 cited in Whitehead & Wheeler, 2008a, p. 382). Zasebnost se ob avtonomiji in individualnih vrednotah vključuje tudi v širši pojem integritete, ki je del koncepta »biti človek« (Widäng, et al., 2007). Zasebnost in dostojanstvo imata podobne konotacije. Lemonidou, et al. (2003) so pojem zasebnosti konceptualizirali kot spoštovanje, nadzor, zagovarjanje in dostojanstvo z vidika percepcije pacientov in medicinskih sester. Walsh in Kowanko (2002) sta raziskovala kako pacienti doživljajo in poročajo pomanjkanje zasebnosti in dostojanstva in kako bi želeli, da se njihovo dostojanstvo ohranja. Malcolm (2005) trdi, da sta zasebnost in dostojanstvo neizogibno povezana z razumevanjem koncepta pri posamezniku. Če pacientom pomagamo ohraniti njihovo zasebnost, bo to spodbudilo samo-nadzor, avtonomijo, občutek lastne vrednosti in dostojanstvo. V smislu torej, da je zasebnost povezovalni element dostojanstva (Walsh & Kowanko, 2002; Woogara, 2005). Zasebnost in dostojanstvo sta osnovni potrebi (in pravici) posameznika, zdravega ali bolnega. Toda, biti bolan in se prepustiti skrbi drugih, ki so popolni tujci, poveča posameznikovo odvisnost. Chochinov, et al. (2002) poudarja, da bolezen zmanjša posameznikovo sposobnost za vzdrževanje zasebnosti in dostojanstva.

Tudi avtorice Hall, et al. (2014) v svoji kvalitativni raziskavi ugotavljajo, da so ohranjanje samostojnosti, avtonomija, izbira, nadzor in zasebnost pomembni faktorji zagotavljanja dostojanstva. Ravno tako pomembni se zdijo zagotavljanje udobja in skrbi, videnje posameznikov kot individuumov in človeških bitij, spoštovanje, dobra komunikacija in zagotavljanje fizičnega izgleda.

Če iščemo članke za vidik zdravnikov, ugotovimo, da veliko avtorjev govori o odnosih med zdravniki in pacienti, vendar večina raziskav ugotavlja interakcijo na nivoju

zaupnosti podatkov. Ob uporabi ključne besede *dignity* pa se v veliki večini povezuje z dostojanstvom ob koncu življenja pacientov. Avtorji kot Street, et al. (2009), Zolnierek & DiMatteo (2009) ter Levinson et al. (2010) pišejo o pomenu dobrih, k pacientom usmerjenih komunikacijskih sposobnosti zdravnikov, ki imajo pozitiven vpliv na zadovoljstvo pacientov, adherenco ter posledično na izide zdravljenja.

Dostojanstvo je del človekove osebnosti. Predstavlja pretežno nezaveden občutek notranje vrednosti, ki dobi svojo zavedno obliko v odnosu z drugimi ljudmi. Dostojanstvo kot integriteta posameznika ima več razsežnosti: družbeno, telesno, duševno oziroma osebnostno (individualno), duhovno, eksistencialno (Šmitek, 2006). Nas sta za potrebe tega magistrskega dela zanimali le dve dimenziji dostojanstva, to sta osebnostno in telesno dostojanstvo.

2.1.1 Telesno dostojanstvo

Če govorimo o človeškem dostojanstvu in zasebnosti, ugotovimo, da se termini prepletajo in uporabljajo na različne načine (Šmitek, 2006). Meja v terminologiji predvsem med izrazi zasebnost in dostojanstvo je občasno nejasna. V nadaljevanju smo izpostavili nekaj virov, ki govorijo o telesni zasebnosti kot delu širšega koncepta telesnega dostojanstva. Zasebnost poudarjajo tudi v raziskavi, ki sta jo opravila Douglas in Douglas (2004), ki sta sicer ugotavljala, kaj je tisto, kar pacienti opredeljujejo kot pacientu prijazno bolnišnično okolje. Pacienti so se opredelili predvsem do fizičnega okolja (npr. prostor za obiskovalce, individualno prilagajanje temperature prostora, dostop do zunanjih površin...), vendar tudi do potrebe po zagotavljanju zasebnosti, tako fizične (govori se le o uporabi zaves) kot potrebi po zagotavljanju zvočne zasebnosti. Zanimiva je ugotovitev, da ne želijo vsi pacienti po vrsti enoposteljne sobe (kot bi lahko mislili), temveč, da so nekateri izražali tudi željo po večposteljni (4 postelje) sobi z namenom vzpostavljanja socialnih stikov in medsebojne podpore, te ugotovitve podpirajo tudi rezultati raziskave Persson & Määttä (2012).

Kot navaja Šmitek (2006), se telesno dostojanstvo izraža v »lastnini«
svojega telesa. Sem lahko torej štejemo tudi vse odločitve o tem, kaj se bo s telesom dogajalo, v to dogajanje pa lahko privolimo ali pa tudi ne. Torej telesno dostojanstvo pomeni tudi

pravico do nedotakljivosti telesa, kadar tega ne dovolimo oz. se s tem ne strinjamo. Predstave o telesu in o telesnem dostojanstvu so odvisne tudi od mnogih dejavnikov, kot so kulturno, izobrazbeno, družbeno, ekonomsko in nenazadnje družinsko ozadje posameznika, ter njegova osebna stališča, vrednote in prepričanja.

Osebni prostor, kot trdi Trček (1998 cited in Lesar, 2008, p. 47), je človekova permanentna potreba in hkrati pomembna komunikacija. Če je osebnega prostora premalo, ljudje postanemo nemirni, razdražljivi in hitreje zaidemo v konflikt. Razlikujemo štiri razdalje: intimna razdalja (do 0,4 metra) v tem območju komuniciramo z otrokom ali ljubezenskim partnerjem, osebna razdalja (med 0,4 do 1,2 metra) kjer se lahko vzpostavlja kratkotrajen telesni stik, družbena razdalja (med 1,2 in 3,6 metri), ter javna razdalja (3,6 metra in več) (Rungapadiachy, 2003). Čeprav je optimalna osebna razdalja za človeka zelo pomembna, pa včasih nima izbire in mora dovoliti vdor v svoj prostor. Ravno v času zdravstvene obravnave pa prihaja pri pacientu do vdora v najsvetejše, to je v intimni prostor in to s strani tujca / zdravstvenega delavca. Četudi je ta vdor nujno potreben in opravičen, je, če ni opravljen spoštljivo in ob vsaj ustnem strinjanju posameznika, hud poseg v osnovne človekove pravice in njegovo osebnostno in telesno dostojanstvo.

Telesno dostojanstvo je krhko in človek ga lahko hitro izgubi, kadar je odvisen od drugih in kadar nima neposrednega vpliva na odnos drugih do svojega telesa, kar se v zdravstveni obravnavi lahko hitro zgodi. Spoštovanje telesnega dostojanstva lepo opiše Šmitek (2006), ki navaja, da se nanaša na spoštovanje splošnih norm o človekovem telesu v določeni družbi (potreba po zasebnosti v »intimnih« situacijah, potreba po zakrivanju telesa ali delov telesa). Poudarja ne le vzdrževanje lastnega telesnega dostojanstva, temveč tudi ohranjanje telesnega dostojanstva drugih v okoliščinah, ko imamo »moč« nad njimi. Nespoštovanje telesnega vidika dostojanstva (npr. izpostavljanje intimnih delov telesa pogledom drugih, verbalno ali neverbalno namigovanje na spremenjeno telesno podobo, poseganje v človekovo telo brez njegovega dovoljenja ali soglasja, nespoštovanje bolečine kot telesnega občutka, grobo telesno ravnanje in podobno) človeka razosebi in poniža.

Marinič (2012) govori o pacientovemu zaupanju medicinski sestri ali zdravstvenemu tehniku kot vrednoti in o dolžnosti le teh, da si prizadevajo za to zaupanje, kar pogojuje kakovost zdravstvene obravnave in kaže na celotno stopnjo kakovosti delovanja zdravstvenega zavoda. Mi pa dodajamo, da si morajo za zaupanje in spoštovanje prizadevati vsi zdravstveni in nezdravstveni delavci v stiku s pacientom; zdravniki, fizioterapevti, radiološki inženirji.... pa do vzdrževalca, ki lahko vstopi v bolniško sobo.

V tuji literaturi je zaslediti, da se v kontekstu zagotavljanja telesnega dostojanstva in zasebnosti pogovarjajo o vidiku ločevanja pacientov po oddelkih/odsekih po spolu, kar sicer ni stalna praksa niti v Veliki Britaniji (Baillie, 2008) niti v Sloveniji, saj so po spolu ločene samo bolniške sobe, oz. niti te ne, če gre za sobe intenzivne terapije, dializne oddelke... Take situacije so predvsem zaradi tveganja razkritja telesa pred drugimi neprijetne za paciente obeh spolov in vseh starosti in resno ogrožajo dostojanstvo in zasebnost. Prideaux (2010) pa piše o zagotavljanju zasebnosti predvsem ženskim pacientkam, kadar za njih skrbijo moški. Malcolm (2005) govori tako o pozitivnih kot negativnih vidikih, ki so jih v kvalitativni raziskavi podali bivši pacienti, ki so bili nastanjeni v skupnih sobah.

Douglas in Douglas (2004) sta v svoji raziskavi ugotavljala mnenje pacientov o tem, kaj neposredno vpliva na počutje v bolnišničnem okolju. Tudi zagotavljanje telesne zasebnosti je bilo izpostavljeno kot izredno pomembno predvsem z vidika uporabe pripomočkov, ki zasebnost zagotavljajo. Picco, et al. (2010) v svoji kvalitativni raziskavi raziskujejo izkušnje medicinskih sester o interakciji s pacientovim telesom in njihove percepcije teh interakcij ter iz tega izhajajočih težav v izvajanju oskrbe. Ugotavljajo, da je odnos do telesa dvoumen v smislu, da je izredno pomemben element v zdravstveni negi in na drugi strani vir neprijetnih, negativnih občutkov posebej ob telesnih spremembah ali boleznih. V manjši kvalitativni raziskavi Baillie in Gallagher (2012) ugotavljata, kakšen vpliv imajo vizualne metafore na zdravstveno osebje in njihovo razumevanje zasebnosti in vedenje, ki zmanjšuje kršitve pacientove zasebnosti. Vizualne metafore so se izkazale kot dober vir za promoviranje zavedanja medicinskih sester o vedenjih, ki kompromitirajo dostojanstvo pacienta. V še eni kvalitativni

raziskavi so Lin, et al. (2011) ugotovili, da hospitalizirani pacienti izpostavljajo šest področij za ohranjanje dostojanstva; eno od teh je preprečevanje razgaljanja telesa.

Pomagati pacientom ohranjati njihovo dostojanstvo pomeni nuditi jim spoštovanje, sočutje, zaupnost, osebni prostor in definirati meje, čeprav koncept zdravstvene oskrbe včasih vključuje, da zdravstveni delavci prekršijo osebne pravice pacientov (Whitehead & Wheeler, 2008a).

Ferkulj (2011) je v svojem magistrskem delu raziskovala, ali medicinske sestre (184 oseb na kirurški kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana) med drugim menijo, da zagotavljajo spoštovanje pacientove pravice do zasebnosti. Ugotavlja, da medicinske sestre ne zagotavljajo spoštovanja pacientove pravice do zasebnosti v tolikšni meri kot bi si želeli in kot je z zakoni predpisano. Če gledamo le fizični vidik, npr. ugotovimo, da le 41% anketirancev navaja, da pacienta pred nezaželenimi pogledi zaščiti vedno. Kot razloge, zakaj pride do situacij, kjer se ta pravica krši, navajajo: prenatrpanost bolniških sob, pomanjkanje časa in kadra.

V svoji raziskavi Akyüz in Erdemir (2013) ugotavljata, kakšna so mnenja in pričakovanja pacientov in medicinskih sester povezanih z zasebnostjo v času hospitalizacije pred operacijo v turški bolnišnici. Ugotovili so, da so pacienti večinoma zadovoljni s spoštovanjem njihove zasebnosti s strani medicinskih sester, da pa so bolj zaskrbljeni glede zasebnosti njihovih osebnih podatkov. Ugotovila sta, da so se medicinske sestre bolj osredotočale na fizično dimenzijo zasebnosti. Pacienti so se sicer bolj osredotočali na informacijsko in psihosocialno dimenzijo zasebnosti, vendar kot pomembno poudarili tudi fizično zasebnost.

Oosterveld-Vlug, et al. (2013) v svoji raziskavi v nizozemskih domovih za starejše občane skoraj niso našli razlik v izkušnjah in pogledih medicinskih sester in zdravnikov na posameznikovo dostojanstvo in elementih, ki dostojanstvo ohranjajo. Druge Nizozemske raziskave v drugih kontekstih (Pasman et al., 2009 cited in Oosterveld-Vlug et al., 2013; Albers et al., 2013 cited in Oosterveld-Vlug et al., 2013) kažejo, da se zdravniki večinoma osredotočajo na fizični vidik obravnave in ne toliko na

psihosocialne vidike. Na celosten pogled na dostojanstvo pri zdravnikih lahko vpliva način, kako je organiziran nizozemski sistem domov za ostarele.

2.1.2 Osebnostno dostojanstvo

Osebnostno dostojanstvo ni nekaj kar nam pripada samo po sebi, ampak nam ga morajo drugi tudi priznati (Prebil, et al., 2011). Dostojanstvo opredeljuje, kako smo videni kot celotna oseba, spoštovani in zaupanja vredni. Biti viden kot posameznik je ključno za dostojanstvo in občutek enakosti, osebnostno dostojanstvo je tako zelo pomemben segment celotne dimenzije dostojanstva. Vrednota osebnosti človeka je povezana z osebnostno rastjo in razvojem, njegovim dostojanstvom, ki ga vključuje kot posameznika, njegovo identiteto in pravico do odločanja (Janežič & Klemenčič, 2010). Sabatino et al. (2014) pa osebnostno dostojanstvo opisuje kot del socialnega dostojanstva, s poudarkom na prepoznavanju posameznikove vrednosti kot osebe.

V spoštovanju osebnostnega dostojanstva nastopa nešteto oblik: spoštovanje pri nagovoru, pri komunikaciji, pri obravnavi, pri poslušanju upoštevanju mnenj, želja. Z neustreznim odnosom drugega ponižamo – mu ne priznavamo tiste vrednosti, ki jo ima kot človek na splošno ali v bližnjem medsebojnem odnosu (Šmitek, 2006).

Medicinske sestre menijo, da njihova stališča in vedenje do pacientov (način komuniciranja, izvajanje osebne higiene in drugih dnevnih aktivnosti) prispevajo k ohranjanju ali zmanjšanju dostojanstva pacientov (Royal College of Nursing, 2008). To je zelo pomemben vidik, ki ohranja osebnostno dostojanstvo in se lahko prenese na vse izvajalce v zdravstvu. Na osebnostni vidik dostojanstva se nanašata dva podatka iz raziskave Jeršin (2015), ki ugotavlja, da le 70,2% zaposlenih vpraša za dovoljenje pred posegom/postopkom in da jih 97,9% postopek obrazloži.

Ena od redkih raziskav o osebnostnem dostojanstvu v domovih starejših občanov ugotavlja, da je za podporo dostojanstva starejših pomembno, da se poskrbi za posameznikove fizične potrebe in spoštovanje identitete in integritete (Dwyer, et al., 2009).

2.2 ZAKONODAJNI VIDIK DOSTOJANSTVA ČLOVEKA V VLOGI PACIENTA

Pregled evropske zakonodaje nam pokaže, da človekovo dostojanstvo opredeljuje Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic (2010), kjer je človekovo dostojanstvo posredno spoštovano in varovano preko mnogih opredeljenih obveznosti spoštovanja človekovih pravic, kot so npr: pravica do življenja, prepoved mučenja, pravica do svobode in varnosti, pravica do poštenega sojenja, pravica do spoštovanja zasebnega in družinskega življenja, svoboda mišljenja, vesti in vere ter svoboda govora, prepoved diskriminacije, prepoved zlorabe pravic, varstvo lastnine, pravica do izobrazbe, do svobodnih volitev, svoboda gibanja, pravica do odškodnine v primeru sodne pomote in še mnoge druge. Iz teh osnovnih človekovih pravic izhajajo drugi zakonodajni akti, ki opredeljujejo pravice npr. za nas zanimive obravnave v zdravstvenem sistemu.

Krovni dokument v slovenski zakonodaji, ki ureja to področje je Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) (2008), ki govori o zagotavljanju zasebnosti pacientov. V tretjem členu med drugimi načeli omenja tudi spoštovanje pacientove zasebnosti in spoštovanja telesne in duševne celovitosti ter varnosti. Med pravicami v 5. členu pa je naštetá pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov. Varstvo zasebnosti pri opravljanju zdravstvene storitve, ki je nadalje opredeljena v 43. členu predvsem z vidika prisotnosti zdravstvenih delavcev, tistih, ki so v izobraževalnem procesu v zdravstvu in ostalih oseb med opravljanjem medicinskega posega ali zdravstvene oskrbe. Telesni vidik zasebnosti pacienta lahko še najbolj zaznamo v navedbi, da ima »pacient pravico zahtevati izvedbo drugih primernih in razumnih ukrepov za varstvo njegove zasebnosti pri zdravstveni oskrbi«, ter da »morajo izvajalci pri vsakokratni zdravstveni oskrbi spoštovati pacientovo zasebnost, zlasti njegova moralna, kulturna, verska, filozofska in druga osebna prepričanja, ob upoštevanju medicinske doktrine« (ZPacP, 2008, p. 1055). Ostali členi, ki se navezujejo na to pravico, govorijo o pacientovih osebnih podatkih in o ravnanju z informacijami o zdravstvenem stanju pacienta.

Še en zakon, ki je v zdravstveni obravnavi zelo pomemben in se dotika dostojanstva je Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr) (2008 in 2015), ki pa človekovo dostojanstvo

določa preko sistema zdravstvene in socialno varstvene skrbi na področju duševnega zdravja. Opredeljuje nosilce oziroma nosilke te dejavnosti ter pravice osebe med zdravljenjem na oddelku pod posebnim nadzorom psihiatrične bolnišnice, obravnavo v varovanem oddelku socialno varstvenega zavoda in v nadzorovani obravnavi. Govori o tem, kako in na kakšen način se osebi pri obravnavi zagotovi varstvo njenega osebnega dostojanstva ter drugih človekovih pravic in temeljnih svoboščin, individualna obravnavo in enaka dostopnost do obravnave. Med drugim pa poudarja še, da se osebi v času obravnave na oddelku pod posebnim nadzorom, v varovanem oddelku in v nadzorovani obravnavi, zagotavlja spoštovanje človekovih pravic in temeljnih svoboščin, zlasti njene osebnosti, dostojanstva ter duševne in telesne celovitosti.

Dostojanstvo in zasebnost pacienta z vidika delovanja v zdravstveni negi sta omenjena in opredeljena tudi v Kodeksu etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). Le ta v tretjem načelu poudarja spoštovanje dostojanstva in zasebnosti pacienta v vseh stanjih zdravja, bolezni, ob umiranju ter po smrti.

Druga načela v kodeksu govorijo tudi o pravici pacienta do izbire in odločanja, kje je informirano soglasje pacienta pogoj za izvajanje zdravstvene nege in oskrbe, govori pa tudi o skrbi za varovanje podatkov. S spoštovanjem fizične zasebnosti pacienta v obravnavi in zasebnosti podatkov se ohranja dostojanstvo pacienta. O zagotavljanju spoštovanja pravice do zasebnosti s področja upravljanja zdravstvenih podatkov in evropskih smernicah govori tudi Flis (2006).

V Kodeksu etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014, p. 7847) avtorji v predgovoru navajajo: »Zdravstvena nega in oskrba močno vplivata na zdravje in življenje ljudi. S tem izvajalci zdravstvene nege in oskrbe prevzemajo veliko odgovornost, ki je ni mogoče opredeliti samo z zakoni in predpisi, pomembna je etična drža prav vsakega posameznika ter kontinuiran razvoj njegovih moralnih vrednot.« Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi (2014, p. 5924) navaja še, da so izvajalci zdravstvene nege in oskrbe zagovorniki koristi pacienta in mu nudijo fizično, psihično, socialno, duhovno in moralno podporo. Načelo III. (p. 5925) govori o tem, da izvajalci zdravstvene nege in oskrbe med drugim: »upoštevajo in spoštujejo pravico pacienta do

zasebnosti, še posebej, kadar gre za njihovo intimnost, upanje, strah, trpljenje in bolečino«.

Ravno tako Kodeks etike fizioterapevtov Slovenije (2002) opredeljuje osnovno nalogo fizioterapevta kot skrb za ohranjanje, izboljševanje in obnavljanje zdravja pacienta kjer pa je neobhodno pomembno in potrebno, da je pri svojem delu vesten, dostojanstven do pacienta in spoštljiv do njegovih pravic. Najbolj pa se kodeks dotika dostojanstva posameznika v drugi določbi, kjer poudarja, da se mora fizioterapevt pri svojem delu zavedati, da ima pacient pravico biti spoštovan, da lahko sam odloča, da ima pravico do fizične in duševne integritete ter osebne varnosti, pravico do spoštovanja zasebnosti, lastnih moralnih in kulturnih vrednot in predvsem pravico do najboljše možne zdravstvene zaščite.

Kodeks medicinske deontologije Slovenije (1997) v uvodnih določbah zdravnikom in zobozdravnikom Slovenije nalaga, da svečano obljubijo, da bo najvišja zapoved pri njihovem ravnanju ohranjanje in obnavljanje zdravja njihovih varovancev ter da ne bodo pri opravljanju svojih zdravniških dolžnosti dopuščali nobenih razlik. Ravno tako obljublajo, da bodo spoštovali človeško življenje od spočetja dalje. Kodeks se najbolj dotika dostojanstva pacienta v svojem drugem členu in sicer z navedbo: »Zdravnik je dolžan: nuditi primerne zdravstvene storitve ob vsem spoštovanju človeškega dostojanstva; spoštovati pravice bolnikov, kolegov in drugih medicinskih sodelavcev; spoštovati zakone in svoje obveznosti, razen, če bi bili ti zakoni ali obveznosti v nasprotju s koristjo bolnika; ...«, ter v 37. členu, ki pa se nanaša na zagotavljanje poklicne molčečnosti in zagotavljanje osebnega dostojanstva pacientom v povezavi z javnim prikazovanjem podatkov o pacientih v znanstvene in učne namene. Ta del opredeljuje tudi VII. načelo Kodeksa etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014), ki ravno tako posebno pozornost posveča zaščiti pacienta – njegovi popolni in nepristranski obveščeni, informirani pisni privolitvi, avtonomiji, dostojanstvu ter zaščiti njegovih osebnih podatkov kadar pride do sodelovanja pri raziskovalnem delu. Na informiranost pacienta se nanaša 18. člen Kodeksa medicinske deontologije Slovenije (1997), ki opredeljuje zdravnikovo dolžnost, da ob sprejemu pacienta v bolnišnico poskrbi, da je le ta obveščen o rutinskih postopkih, o načinih zdravljenja in o

medicinsko tehničnih zmožnostih, s katerimi zdravstvena ustanova razpolaga in ki se nanašajo na njegovo zdravljenje.

Vsi trije omenjeni kodeksi (Kodeks medicinske deontologije Slovenije 1997; Kodeks etike fizioterapevtov Slovenije, 2002; Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije, 2014) omenjajo, da so izvajalci, ne glede na poklicno skupino dolžni svoje delo opravljati humano, strokovno, natančno, kakovostno, varno, sočutno, odgovorno, vestno ter v odnosu do pacienta spoštovati njegove potrebe, vrednote in prepričanja, opravljati svoj poklic ne glede na raso, spol, narodnost, versko pripadnost, politično prepričanje, družbeno ekonomski položaj ter druge razlike in posebnosti pri slehernem pacientu.

Ustava republike Slovenije v 34. členu zagotavlja pravico do osebnega dostojanstva in v 35. členu pravico do nedotakljivosti duševne celovitosti in osebnih pravic, kjer zagotavlja nedotakljivost človekove telesne in duševne celovitosti in pravico do zasebnosti (Ustava Republike Slovenije, 2013). Varstvo zasebnosti pri opravljanju zdravstvene dejavnosti zagotavlja 43. člen Zakona o pacientovih pravicah (ZPacP) (Marinič, 2012).

2.3 OSEBNOSTNO IN TELESNO DOSTOJANSTVO V ZDRAVSTVENI OBRAVNAVI

Bolezen lahko zmanjša človekovo sposobnost za ohranjanje zasebnosti in dostojanstva, kljub temu da ljudje želijo ohranjati dostojanstvo tudi v škodljivih oz. neželenih situacijah (kar bolezen vsekakor je) (Ferri, et al., 2015). Zasebnost in dostojanstvo sta pomembni pravici človeka: zato ima vsak pacient pravico do njiju. Ravno tako ima vsaka medicinska sestra dolžnost, da zagotovi pogoje za zagotavljanje zasebnosti in dostojanstva. Zasebnost in dostojanstvo sta pravici, ki ju je velikokrat težko zagotoviti, ker narava dela v zdravstveni negi velikokrat nasprotuje možnostim za zagotavljanje popolne zasebnosti in dostojanstva. Zdravstveni delavci morajo motiti pacientove najzasebnejše trenutke in prostor zato, da mu lahko pomagajo (Whitehead & Wheeler, 2008a). Isto seveda velja za druge poklicne skupine v zdravstvu, ki pri svojem delu prihajajo v neposreden stik s pacienti.

Dostojanstvo v zdravstveni obravnavi vsebuje vrednote kot so: avtonomija, resnica, pravičnost, odgovornost do človekovih pravic, ki se izražajo kot pozornost, zavedanje, osebno spoštovanje, sodelovanje, razumevanje, povezanost in kot aktivno zagovarjanje pacienta (Ferri, et al., 2015). Ključni faktorji, ki vplivajo na pacientov občutek dostojanstva vključujejo stres povezan z boleznijo in zdravstveno obravnavo, ki jo prejmejo ob tem (Matiti & Trorey 2004). Torej odnos med pacientom in zdravstvenim delavcem neizogibno vpliva na pacientovo dostojanstvo (Pellegrino, 2008 cited in Li, 2014). Reeves, et al. (2002, cited in Baillie & Ilott, 2010, p. 278) ugotavljajo, da sta dostojanstvo in spoštovanje za pacienta najpomembnejši prioriteti.

Baillie je leta 2007 razvil definicijo dostojanstva, ki se glasi: »Pacientovo dostojanstvo je imeti občutek cenjenosti in dobro psihično počutje glede lastnega fizičnega izgleda in vedenja, stopnjo nadzora nad dogajanjem in z vedenjem ostalih ljudi v okolju« (Baillie & Ilott, 2010).

Upoštevanje zasebnosti (telesne, okoljske in zvočne) podpira dostojanstvo, tako kot komunikacija, ki pomaga pacientom počutiti se udobno, cenjeno in z občutkom kontrole/nadzora. Komunikacija, ki pomaga pacientom, da se počutijo udobno, vsebuje zaupanje, prijaznost, profesionalizem in primerno rabo humorja. Pacienti se čutijo cenjeni, če je osebje vljudno, pripravljeno pomagati in obzirno. Osebje, ki daje informacije in razlage, pridobi privolitev, daje možnosti izbire in omogoča samostojnost, s tem pomaga pacientu čutiti, da ima nadzor (Baillie & Ilott, 2010).

Pajnkihar (2005 cited in Predik, 2010, p. 29) posebej poudarja, da morajo medicinske sestre svoje delovanje v zdravstveni negi usmeriti tako, da zagotavljajo spoštovanje, fizično zasebnost pacienta, zasebnost pri pogovoru, upoštevati morajo pacientove potrebe in želje, pacientovo individualnost, dolžne so varovati podatke, vezane so s poklicno molčečnostjo, morajo informirati paciente, uporabljati naziv gospod in gospa, spoštovati avtonomijo pacienta kot subjekta kot človeka in kot osebnost.

Walsh in Kowanko (2002) ter Matiti in Trorey (2004) se strinjajo, da sta zasebnost in dostojanstvo pomembna elementa v zdravstveni negi. Toda kljub veliki vrednosti, ki jo ta koncepta imata pri pacientih in zdravstvenih delavcih, je še vedno prisotno nezadostno razumevanje konceptov. Pojmi dostojanstva, zasebnosti in spoštovanja so tako pomembni v človeškem razmišljanju in interakciji, da morajo biti v sistemih zdravstvenega varstva cenjeni tudi v trenutku umiranja in po smrti (Whitehead & Wheeler, 2008a).

Dostojanstvo se smatra kot bistveno za profesionalnost prakse zdravstvene nege. Zagotavljanje pacientovega dostojanstva je etična odgovornost vseh, ki zanj skrbijo, z vedenjem, da vsa človeška bitja stremijo k dostojanstvenemu življenju. V zadnjih letih je človekovo dostojanstvo postalo kompleksen koncept, ki zajema vedenje, navade in celo (družbeni) položaj. Filozofski element dostojanstva se povezuje z bazično človečnostjo, edinstvenostjo in individualnostjo (Nordenfeldt, 2004 cited in Edlund, et al., 2013 p.851).

Dostojanstvo pacienta temelji na spoštovanju posameznika kot osebe, na spoštovanju njegovih lastnih odločitev in življenjskega sloga ter zaščiti njegove osebnosti. Dostojanstvo pacienta je pri zdravstveni negi lahko pogosto zelo ogroženo, če medicinska sestra ravna proti pravilom profesionalnega ravnanja in ne upošteva pravic, ki jih ima posameznik kot državljan in kot pacient. Danes je človekovo dostojanstvo vodilna in najpomembnejša človekova ustavno zavarovana vrednota. Ravnanje v smislu kršenja človeškega dostojanstva označuje Ustava republike Slovenije kot nedopusten poseg v osebnostne pravice. Spoštovanje je poleg strokovnega znanja osnovna prвина v zdravstveni negi in predpogoj za etični odnos do pacienta. Pacienti doživljajo spoštovanje dostojanstva kot občutek udobja, ohranjen lasten nadzor nad zdravstveno obravnavo, spoštovanje svojih vrednot in tudi skozi ravnanje in vedenje zdravstvenega osebja (Marinič, 2010).

Matiti in Trorey (2004) trdita, da je za razumevanje konceptov zasebnosti in dostojanstva ključnega pomena gledati iz vidika pacientov in njihovih izkušenj. Leta 2008 (Matiti & Trorey, 2008) sta opisala šest področij, ki so jih definirali pacienti in ki

pripomorejo k zagotavljanju dostojanstva: zasebnost, zaupnost, komunikacija in potreba po informacijah, možnost izbire in nadzora ter sodelovanje pri oskrbi, spoštovanje in dostojnost ter načini naslavljanja.

Anderberg, et al. (2007) ugotavlja, da je osebno dostojanstvo ohranjeno oz. okrepljeno z individualizirano oskrbo, ohranjanjem nadzora, izražanjem spoštovanja, izvajanjem zagovorništva in pozornim poslušanjem. Marinič (2012) pa poudarja, da je zasebnost varovalo posameznikovega duševnega miru in ohranja njegovo duševno celovitost, samo dokler ne pride do vdora vanjo. Profesionalen odnos med medicinsko sestro in pacientom in hkrati njen nadrejen položaj zaradi nemoči in tudi neznanja pacienta zahteva od medicinske sestre veliko mero zrelosti. Za pacientovo dobro počutje, občutek spoštovanosti in upoštevanosti je izjemnega pomena odnos medicinske sestre do njega in tudi odnos osebja med seboj (Marinič, 2010).

Lin et al. (2013) v svojem preglednem članku ugotavljajo, da so komponente, ki definirajo dostojanstvo: človeško dostojanstvo, socialno dostojanstvo, medosebno dostojanstvo in notranje dostojanstvo. Večina raziskav opredeljuje zagotavljanje dostojanstva pacientom kot poudarjanje spoštovanja in zagotavljanje zasebnosti.

Avtorja Whitehead in Wheeler (2008b) sta raziskovala izkušnje in mnenja pacientov v bolnišnici. Njuni rezultati kažejo, da so pacienti kot koncept in definicijo zasebnosti v bolnišnici navedli naslednje: zasebnost podatkov npr. pogovor, ki ga ne sliši nihče drug, zasebnost osebe in telesa npr. biti sam v zasebnih trenutkih (odvajanje), podpiranje osebne kontrole npr. odločitve o lastni oskrbi, spoštovanje s strani osebja, zdravstvena dokumentacija izven pogleda obiskovalcev, možnost imeti osebni prostor, možnost biti sam, svoboda in zasebnost verskih ritualov in možnost izvajati intimne aktivnosti brez prisotnosti osebja razen, če je to nujno potrebno. Ravno tako so pacienti kot koncept in definicijo dostojanstva navedli: odsotnost sramu, zadrege pred drugimi, spoštovanje posameznikove zasebnosti in dostojanstva, biti obravnavan kot človek, subjekt in ne objekt, biti obravnavan s spoštovanjem, pozornostjo in sočutjem, biti obravnavan kot posameznik, da se osebje predstavi preden začne z oskrbo, da osebje razloži, kaj se bo

zgodilo med zdravljenjem, občutek kontrole (nad odločitvami in svojim telesom), biti poslušan in slišan, želja po osebni prostoru in času zase/mir ob stresnih trenutkih.

Čeprav zasebnost in dostojanstvo pacientov ležita v središču zdravstvene nege sta premalo raziskana in jih je potrebno razumeti s stališča pacienta (Schopp, et al., 2003; Matiti & Trorey, 2004). Čeprav ne obstaja univerzalna razlaga "zasebnosti", in so mnogi raziskovalci imeli z oblikovanjem definicije težave, njen pomen presega narodnost, raso, veroizpoved, barvo, starost, spol in socialni razred. Čeprav se definicije in dojemanje zasebnosti in dostojanstva lahko bistveno razlikujejo od pacienta do pacienta in celo med državami in kulturami, njihov pomen v zdravstveni oskrbi ne more biti precenjen in ravno to zahteva več raziskav o tem, kako pacienti gledajo na zasebnost in dostojanstvo (Whitehead & Wheeler, 2008a). Zaradi svoje abstraktne narave je pojma zasebnosti in dostojanstva težko izmeriti. Zdravstveni delavci ju včasih žrtvujejo v interesu odpravljanja fizičnih tveganj za pacienta ali ob reševanju življenja (Griffin - Heslin, 2005). Vendar bi zdravstveni delavci morali pravico pacientov do zasebnosti in dostojanstva obravnavati kot sveto. Čeprav se definicija zasebnosti kaže za težavno, se njena odsotnost v zdravstveni oskrbi še kako hitro opazi (Birrell, et al., 2006).

Spodbujanje zasebnosti in dostojanstva pacientov pomeni upoštevati, da ima pacient pravico biti slišan in razumljen, pravico, da je cenjen, kar mora vključevati tudi njegovo sodelovanje pri odločanju o lastni zdravstveni oskrbi. S cenjenjem in spoštovanjem pravice pacientov o soodločanju glede njihovih zdravstvenih potreb, se zagotovi njihovo zaupanje, samospoštovanje, avtonomija in samoučinkovitost (Lothian & Philip, 2001; Matthews & Calister, 2004).

Oosterveld-Vlug, et al. (2013) so v svoji kvalitativni raziskavi identificirali štiri teme 1 - sposobnost ohraniti individualnost, 2 - ravnati z drugimi, kot želim sam da bi ravnali z menoj, 3 - oskrba, ki ohranja dostojanstvo in 4- vrednote z upoštevanjem dostojanstva v vsakodnevni oskrbi. Izpostavijo celo vidik, da se kršitve dostojanstva zgodijo zaradi pomanjkanja časa v smislu, da osebe tako hiti, da pozabi pomisliti, da dela z živim bitjem. V njihovi raziskavi so sodelovali tako zdravniki kot medicinske sestre (večinoma certified nursing assistant, kar bi v Sloveniji lahko primerjali z medicinskimi

sestrami z 5. stopnjo izobrazbe). Tako zdravniki kot medicinske sestre so navedli, da je eden od glavnih elementov v skrbi za dostojanstvo spoštljivo ravnanje, ter skrb za zasebnost, ki so jo opredelili kot tri oblike: okoljska zasebnost, telesna zasebnost in zaupnost.

Tudi raziskava, ki sta jo izvedla Whitehead in Wheeler (2008b) podpira ugotovitve, da se koncepta zasebnosti in dostojanstva, kot ju vidijo pacienti, prekrivata in ju oba opisujejo kot zelo pomembna. Na splošno vsi pacienti, ne glede na spol zasebnost opredeljujejo kot: zasebnost informacij, zasebnost telesa, izvajanje nadzora nad oskrbo, spoštovanje, pravica do samote in pravica do spoštovanje osebne prostora. Kršitve zasebnosti pa lahko vodijo paciente v stres, kar podaljša njihovo okrevanje ter zaupanje v kader in ustanovo v kateri se zdravijo.

Jacobson (2009b) se je osredotočil predvsem na vedenja, ki kršijo pacientovo dostojanstvo in jih opredelil kot: nevljudnost, (rudeness), brezbržnost (indifference), pokroviteljstvo (condescension), opuščanje (dismissal), neupoštevanje (disregard), odvisnost (dependence), vdor (intrusion), objektivizacija (objectification), omejitev (restriction), označevanje (labelling), prezir (contempt), diskriminacija (discrimination), odpor (revulsion), pomanjkanje (deprivation), napad in zlobnost (assault and abjection).

V Sloveniji je bila izvedena raziskava, kjer Predikova (2010) ugotavlja na vzorcu 100 pacientov, da jih le 23% meni, da zdravstveni tim spoštuje njihovo dostojanstvo s tem, da jim zagotovi zasebnost, ter da delno ali popolnoma izgubijo svojo osebno identiteto. Ugotavlja tudi, da je največkrat uporabljeno sredstvo za zaščito zapiranje vrat in nato paravan. Zdravstveno osebje pa v izredno majhnem deležu (14%) meni, da spoštujejo pacientovo dostojanstvo z zagotavljanjem zasebnosti.

Člankov, ki se dotikajo zasebnosti v povezavi z zaposlenimi v fizioterapiji ni veliko, eden takšnih je članek avtorjev Lees & Godbold (2012), kjer pa se v raziskavi dotikajo oz. govorijo predvsem o etičnih dilemah študentov fizioterapije glede zaupnosti podatkov. Avtorja raziskujeta etične vidike, tudi upoštevanje zaupnosti vendar z

zornega kota zasebnosti informacij in preučevanja etičnih dilem ter vrednot povezanih z razširjanjem informacij o pacientu v različnih kliničnih situacijah.

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKOVANJA

V pričujočem magistrskem delu se želimo osredotočiti predvsem na osebnostni in telesni vidik dostojanstva.

Namen magistrskega dela je ugotoviti, v kolikšni meri se v času hospitalizacije odraslih pacientov zagotavlja telesno in osebnostno dostojanstvo, ter kako zagotavljanje telesnega in osebnostnega dostojanstva dojemajo zaposleni v zdravstveni negi, fizioterapiji in medicini.

Cilji:

C1 - Ugotoviti, ali se zaposleni v zdravstvu zavedajo pomena zagotavljanja telesnega dostojanstva pacientom.

C2 - Ugotoviti, ali se zaposleni v zdravstvu zavedajo pomena zagotavljanja osebnostnega dostojanstva pacientom.

C3 - Ugotoviti, ali med poklicnimi skupinami obstajajo razlike v mnenjih in izvajanju intervencij za zagotavljanje telesnega in osebnostnega dostojanstva pacientom.

C4 - Ugotoviti, ali obstajajo razlike v mnenjih in intervencijah za zagotavljanje telesnega dostojanstva pacientom glede na demografske značilnosti anketirancev.

3.2 RAZISKOVALNE HIPOTEZE

H1 - Obstajajo statistično pomembne razlike v mnenjih o zagotavljanju telesnega in osebnostnega dostojanstva glede na demografske značilnosti anketirancev:

H1a - ženske se statistično pomembno bolj kot moški strinjajo s trditvami o zagotavljanju telesnega in osebnostnega dostojanstva pacientom,

H1b - tisti z daljšo delovno dobo se bolj kot tisti s krajšo delovno dobo strinjajo s trditvami o zagotavljanju telesnega in osebnostnega dostojanstva pacientom,

H1c - tisti z višjo starostjo se bolj kot tisti z nižjo starostjo strinjajo s trditvami o zagotavljanju telesnega in osebnostnega dostojanstva pacientom,

- H1d - katoliki se bolj kot drugi strinjajo s trditvami o zagotavljanju telesnega in osebnostnega dostojanstva pacientom.
- H2 - Zaposleni v zdravstveni negi se statistično pomembno bolj strinjajo s trditvami o zagotavljanju telesnega in osebnostnega dostojanstva pacientom kot zaposleni drugih poklicnih skupin.
- H3 - Zaposleni v zdravstveni negi statistično pomembno bolj/več uporabljajo pripomočke oz. intervencije za zagotavljanje telesnega dostojanstva pacientom kot zaposleni drugih poklicnih skupin.
- H4 - Obstajajo statistično pomembne razlike med ustanovami zaposlitve o strinjanju zaposlenih s trditvami o zagotavljanju telesnega in osebnostnega dostojanstva pacientom ter v uporabi pripomočkov oz. intervencij za zagotavljanje telesnega dostojanstva pacientom.
- H5 - Zaposleni na internističnih oddelkih se statistično pomembno bolj kot tisti na kirurških oddelkih zavedajo pomena zagotavljanja telesnega in osebnostnega dostojanstva.
- H6 - Tisti zaposleni, ki imajo lastno izkušnjo hospitalizacije se statistično značilno bolj zavedajo pomena zagotavljanja telesnega dostojanstva, ter pogosteje uporabljajo pripomočke oz. intervencije za zagotavljanje telesnega dostojanstva pacientom.
- H7 - Obstaja močna pozitivna povezava med mnenji o telesnem in osebnostnem dostojanstvu ter med izvajanjem aktivnosti, ki zagotavljajo dostojanstvo.
- H8 – Splošno mnenje anketirancev o tem, kako dobro njihovi sodelavci zagotavljajo telesno zasebnost je dobro, se pa statistično pomembno razlikuje med ustanovami in poklicnimi skupinami, ter menijo, da imajo o področju zagotavljanja zasebnosti dovolj znanja.

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metode in tehnike zbiranja podatkov

Magistrsko delo temelji na neeksperimentalni kvantitativni raziskovalni metodi. Teoretični del raziskave temelji na pregledu literature, drugi del pa temelji na empirični kvantitativni raziskavi. Za potrebe teoretičnega dela magistrske naloge smo pregledali literaturo iz podatkovnih baz CINAHL – full tekst, ERIC, MEDLINE, PUBMED,

SPRINGERLINK ter PROQUEST z iskalnimi poizvedbami: dignity, privacy, hospital, nursing, confidentiality, intimacy, personal data, patient safety, physician z logičnimi operaterji and v različnih kombinacijah z omejitvijo na polni tekst in časovno omejitvijo pet (izjemoma 10) let.

Slovensko literaturo smo pregledali s pomočjo podatkovne baze COBISS. Uporabili smo ključne besede: dostojanstvo pacienta/pacientov, zasebnost, intimnost, integriteta, dostojanstvo in se omejili na zadnjih pet (izjemoma 10) let.

Izbrali smo neeksperimentalni opisni eksplorativni kvantitativni raziskovalni dizajn. Podatke za empirični del magistrskega dela smo pridobili s strukturiranim vprašalnikom.

3.3.2 Opis spremenljivk in merskega instrumenta

Za izvedbo empirične neeksperimentalne kvantitativne raziskave smo podatke zbirali s tehniko anketiranja. Uporabili smo strukturiran vprašalnik. Vprašalnik je bil sestavljen iz treh sklopov. Prvi sklop je vseboval vprašanja (n=8) o socialno demografskih značilnostih anketirancev. Drugi sklop (poimenovan dostojanstvo pacientov v bolnišnici) je bil sestavljen iz 5 posameznih podsklopov, kjer je bilo skupno postavljenih 54 trditve in sicer: splošne trditve o zagotavljanju dostojanstva (n=20), uporaba pripomočkov oz. izvajanje intervencij za zagotavljanje telesnega dostojanstva (n=7), mnenja o posegih v pacientovo osebnostno in telesno dostojanstvo (n=16), izvajanje intervencij za zagotavljanje osebnostnega dostojanstva (n=10), splošna ocena sodelavcev o zagotavljanju telesnega dostojanstva pacientom (n=1). V drugem sklopu je bila pri vseh trditvah uporabljena Likertova lestvica za opredelitev z nivojem strinjanja s posamično trditvijo, formulirano na način, da se je mnenje skladalo z obliko vprašanja, je pa vedno število 1 pomenilo odsotnost določenega mnenja/strinjanja in število pet izredno močno prisotno pozitivno mnenje/strinjanje (1= nikakor se ne strinjam; zelo redko/nikoli; nepomembno; nič, 2= se ne strinjam; redko; malo pomembno; malo, 3= delno se strinjam; občasno; delno; srednje, 4= se strinjam; skoraj vedno; zelo pomembno; precej, 5= popolnoma se strinjam; vedno; najpomembnejše; zelo). Tretji vsebinski sklop je vseboval izbirno vprašanje z enim možnim odgovorom in sicer glede znanja anketirancev o zagotavljanju zasebnosti, ter dve odprti vprašanji, kjer so lahko dopisali svoje izkušnje, mnenja ali komentarje.

Pri sestavljanju vprašalnika smo deloma vsebinsko izhajali iz vprašalnika o zadovoljstvu pacientov - Nacionalna anketa o izkušnjah odraslih pacientov v akutni bolnišnici, Ministrstva za zdravje (2009). Vprašanj nismo mogli dobesedno prenesti v našo raziskavo, ker je nacionalna anketa namenjena pacientom, naša raziskava pa zaposlenim v zdravstvu. Za naše potrebe smo uporabili in prilagodili nadalje našeta vprašanja iz nacionalne ankete: »zdravniki/medicinske sestre so me obravnavali vljudno in spoštljivo«, »zdravnik/medicinske sestre mi je/so mi zagotovile zasebnost pri pogovoru, viziti, opravljanju posegov«, »pri izvajanju negovalnih postopkov so me medicinske sestre zaščitile pred nezaželenimi pogledi«, »... so me obvarovali pred nezaželenimi pogledi in poslušanjem s strani drugih«, »zdravniki/medicinske sestre so pred mano govorili o meni kot da me ni«.

Nadalje smo za oblikovanje vprašanj uporabili še članke:

- Baillie & Gallagher (2012), kjer v kvalitativni oceni s pomočjo vizualnih metafor med osebjem zdravstvene nege spodbujajo razmišljanje o vsakodnevni praksi in zagotavljanju oz. kompromitiranju dostojanstva;
- Douglas & Douglas (2004), ki opisujeta dojetanje zasebnosti s strani pacientov,
- Ferkulj (2011), ki je v svojem magistrskem delu raziskovala, ali medicinske sestre (184 oseb na kirurški kliniki Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana) zagotavljajo pacientom pravico do zasebnosti;
- Lin, et al. (2011), ki v kvalitativni raziskavi ugotavljajo, kako pacienti opredeljujejo zasebnost oz. katere so tiste intervencije, ki prispevajo k ohranjanju dostojanstva;
- Picco, et al. (2010), ki skozi interpretativno fenomenološko raziskavo opisujejo izkušnje medicinskih sester in njihov odnos do pacientovega telesa;
- Predikova (2010), ki na vzorcu 100 pacientov ugotavlja kako zdravstveni tim spoštuje njihovo dostojanstvo s tem, da jim zagotovi zasebnost,
- Whitehead & Wheeler (2008b), kjer so raziskovali izkušnje in mnenja pacientov glede tega, koliko jim pomeni zasebnost in dostojanstvo, ter koliko samo okolje oddelka omogoča oz. spodbuja zagotavljanje zasebnosti.

Najprej smo izvedli pilotno raziskavo, in to na prvih 30 vrnjenih anketnih vprašalnikih, ki so jih izpolnili zaposleni v Splošni bolnišnici Jesenice. Na podlagi dopisanih komentarjev smo dopolnili navodila za izpolnjevanje vprašalnika. Odstranili smo trditev

»moje delo je vedno strokovno opravljeno«, ter dodali trditev »pacienta naslavljam z gospod / gospa«. Razdelili smo tudi trditev »ob odpustu se od pacienta poslovim in se z njim rokujem« v dve ločeni trditvi (se poslovim, se rokujem).

Zanesljivost za prvih 30 vrnjenih vprašalnikov smo preverili z Crombachovim koeficient alfa za trditve v sklopu vprašanj od 9 do 14, ter dobili rezultat 0,81, kar je po Cencičevi (2009) zelo dobra zanesljivost. Po pilotni raziskavi in opisanih dopolnitvah smo nadaljevali z anketiranjem.

Po zaključku anketiranja smo za vseh 267 vrnjenih vprašalnikov zopet preverili zanesljivost merskega inštrumenta z metodo analize notranje konsistentnosti s Cronbach alfa koeficientom (Cencič, 2009). Cronbach koeficient alfa za vseh 54 trditev v drugem sklopu (od vprašanj s številko 9 do vključno 14) je 0,893 kar je po Cencič (2009) zelo dobra zanesljivost. V tabeli 1 so predstavljeni rezultati zanesljivostne statistike za vsak podsklop sklopa 2 (dostojanstvo pacientov v bolnišnici) posebej.

Tabela 1: Zanesljivost instrumenta

	n	N	Cronbach Alpha
splošne trditve o zagotavljanju dostojanstva	20	212	0,742
uporaba pripomočkov oz. izvajanje intervencij za zagotavljanje telesnega dostojanstva	7	259	0,617
mnenja o posegih v pacientovo osebnostno in telesno dostojanstvo	16	239	0,845
izvajanje intervencij za zagotavljanje osebnostnega dostojanstva	10	233	0,758
Skupaj (vsi zgornji sklopi trditev + splošna ocena sodelavcev o zagotavljanju zasebnosti pacientom)	54	175	0,893

n – število posameznih trditev, N – število odgovorov

Kot dodaten test zanesljivosti instrumenta smo izvedli faktorsko analizo, v katero smo vključili 20 spremenljivk in sicer podsklop Splošne trditve o zagotavljanju dostojanstva. Primernost faktorske analize smo preverili s Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testom in Bartlett-ovim testom. Vrednost KMO testa je 0,758. To nakazuje, da je vzorec primeren za faktorsko analizo. Bartlettov test, ki preverja ničelno domnevo, da je originalna korelacijska matrika enotska, je statistično značilen (približen hi-kvadrat 1350,768, $df=190$, $p<0,001$), kar nakazuje obstoj povezav med spremenljivkami, torej je faktorska analiza primerna za naše podatke (Tabacnick & Fidel, 2007 cited in Pallant, 2010, p. 183).

Dobili smo pet faktorjev, ki skupaj pojasnjujejo 45% variance. Prvi faktor pojasni 22,36% variance, drugi faktor 14,25% variance, tretji faktor 8,70% variance, četrti faktor 6,83% variance ter peti faktor 5,90% variance. Komunalitete kažejo odstotek variance posamezne spremenljivke, ki je pojasnjena z dobljenimi (petimi) faktorji. Pri tem smo uporabili metodo Principal Axis Factoring. S faktorji lahko pojasnimo največ variance merjene spremenljivke "V naši ustanovi pacient enakopravno odloča pri odločitvah povezanih z zdravstveno nego." (0,815) ter "Vsak zaposleni je sam odgovoren, da aktivno razmišlja o zagotovitvi telesne zasebnosti pacientu." (0,699). V nasprotju, pa lahko dobljeni faktorji pojasnijo najmanj variance merjene spremenljivke "Za zagotavljanje zasebnosti je pomembno, da v času vizite v sobi ni več kot treh zdravstvenih delavcev." (0,118).

V prvem izračunu smo dobili faktorske uteži, kjer imajo skoraj vse merjene spremenljivke na prvem faktorju visoke uteži. Ker je glede na dobljeno rešitev posamezne faktorje težko interpretirati in poimenovati, smo v nadaljevanju izvedli še poševno rotacijo faktorjev (ekstrakcijska metoda: Principal Axis Factoring, rotacijska metoda: Oblimin s Kaiser-jevo normalizacijo).

Zaradi tega, ker se prve tri spremenljivke v petem faktorju vsebinsko nekoliko razlikujejo od četrte spremenljivke v petem faktorju smo izvedli še faktorsko analizo s pravokotno rotacijo (Varimax). Na smiselnost pravokotne rotacije (ekstrakcijska metoda: Principal Axis Factoring, rotacijska metoda: Varimax s Kaiser-jevo normalizacijo) kažejo tudi korelacijski koeficienti med poševnokotno rotiranimi faktorji, ki so manjši od 0,20 v absolutnem smislu.

Tabela 2 prikazuje 20 spremenljivk o pacientovi zasebnosti, ki smo jih vključili v faktorsko analizo ter faktorske uteži, dobljene s pomočjo pravokotne rotacije, kjer smo dobili rešitev z 11-imi iteracijami. Tako smo na koncu dobili 5 faktorjev, ki smo jih v nadaljevanju uporabili za preverjanje postavljenih hipotez.

Tabela 2: 20 spremenljivk o pacientovi zasebnosti in faktorске uteži, dobljene s pravokotno rotacijo

Trditve	Rotated Factor Matrix ^a - Faktorji				
	1	2	3	4	5
Vsak zaposleni je sam odgovoren, da aktivno razmišlja o zagotovitvi telesne zasebnosti pacientu.	0,780	-0,092	0,175	-0,007	0,227
Vsakega sodelavca je potrebno opozoriti, če opazimo da ravna v nasprotju z zagotavljanjem zasebnosti	0,717	0,080	0,036	0,049	0,070
Vsak zaposleni je sam odgovoren, da z obstoječimi sredstvi zagotavlja zasebnost pacientu.	0,702	-0,057	0,210	-0,087	0,085
Pacient lahko odkloni poseg v telo, mi pa ga moramo seznaniti z morebitnimi posledicami.	0,665	0,180	-0,146	0,204	-0,150
Poslušanje pacienta je pomembno za spoštovanje njegovega dostojanstva.	0,637	0,175	0,088	0,214	-0,081
Pred izvedbo intervencije pri pacientu je potrebno pridobiti njegovo dovoljenje za prisotnost specializanta, študenta, dijaka.	0,499	0,120	0,122	0,299	-0,188
Zavedam se, da je pacientu zelo neprijetno ob razgaljanju telesa.	0,413	0,138	0,114	0,335	0,126
Medicinske sestre pacienta seznanijo s posameznimi intervencijami preden začnejo z njimi.	0,176	0,700	0,066	-0,090	0,133
Fizioterapevtke pacienta seznanijo s posameznimi intervencijami preden začnejo z njimi.	0,107	0,696	0,141	0,095	0,073
Zdravniki pacienta seznanijo s posameznimi intervencijami preden začnejo z njimi.	-0,070	0,696	0,238	-0,073	0,031
Pacienti so natančno seznanjeni, kaj se bo dogajalo z njimi med postopki zdravstvene nege/ terapevtsko diagnostičnimi postopki.	0,086	0,569	0,219	-0,153	-0,049
V naši ustanovi pacient enakopravno odloča pri odločitvah povezanih z zdravstveno nego.	0,141	0,434	0,772	0,033	-0,095
V naši ustanovi pacient enakopravno odloča pri odločitvah povezanih z zdravljenjem.	0,140	0,298	0,701	0,066	-0,100
Zdravstveni delavci imamo zadosti možnosti, da zaščitimo pacientovo intimo.	0,211	0,194	0,302	-0,122	0,128
Pacientova zasebnost je v času hospitalizacije večkrat kršena.	0,017	-0,230	-0,099	0,691	0,214
Osebo mi je zelo neprijetno ob razgaljanju pacientovega telesa.	-0,029	0,030	0,008	0,409	0,332
Vodstvo bolnišnice je tisto, ki je odgovorno, da zagotavlja možnosti za spoštovanje zasebnosti pacienta.	0,126	-0,121	0,038	0,371	0,009
Za zagotavljanje zasebnosti je pomembno, da v času vizite v sobi ni več kot treh zdravstvenih delavcev.	0,192	0,063	-0,023	0,266	-0,076
Zdravstveni delavci imamo zaradi narave svojega dela neomejen dostop v pacientov osebni prostor.	-0,005	0,102	0,120	0,133	0,610
Ko pacient pride v bolnišnico, se že v naprej odreče določenemu delu fizične zasebnosti.	0,053	0,023	-0,154	0,013	0,416

Extraction Method: Principal Axis Factoring. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. a. Rotation converged in 11 iterations.

Prvi faktor, ki pojasni 22,36% variance je močno povezan s spremenljivkami 'Vsak zaposleni je sam odgovoren, da aktivno razmišlja o zagotovitvi telesne zasebnosti pacientu', 'Vsakega sodelavca je potrebno opozoriti, če opazimo da ravna v nasprotju z zagotavljanjem zasebnosti', 'Vsak zaposleni je sam odgovoren, da z obstoječimi sredstvi

zagotavlja zasebnost pacientu', 'Pacient lahko odkloni poseg v telo, mi pa ga moramo seznaniti z morebitnimi posledicami', 'Poslušanje pacienta je pomembno za spoštovanje njegovega dostojanstva', 'Pred izvedbo intervencije pri pacientu je potrebno pridobiti njegovo dovoljenje za prisotnost specializanta, študenta, dijaka', 'Zavedam se, da je pacientu zelo neprijetno ob razgaljanju telesa'. Prvi faktor poimenujemo »osebna odgovornost zaposlenih«. Drugi faktor, ki pojasni 14,25% variance je močno povezan s spremenljivkami 'Zdravniki pacienta seznanijo s posameznimi intervencijami preden začnejo z njimi', 'Fizioterapevtke pacienta seznanijo s posameznimi intervencijami preden začnejo z njimi', 'Medicinske sestre pacienta seznanijo s posameznimi intervencijami preden začnejo z njimi', 'Pacienti so natančno seznanjeni, kaj se bo dogajalo z njimi med postopki zdravstvene nege / terapevtsko diagnostičnimi postopki', kar kaže na »informiranost pacientov«. Tretji faktor, ki pojasni 8,70% variance, je najmočnejše povezan s spremenljivkami, 'V naši ustanovi pacient enakopravno odloča pri odločitvah povezanih z zdravljenjem', 'V naši ustanovi pacient enakopravno odloča pri odločitvah povezanih z zdravstveno nego' 'Zdravstveni delavci imamo zadosti možnosti, da zaščitimo pacientovo intimo', kar kaže na »pacientovo sodelovanje pri odločitvah«. Četrty faktor, ki pojasni 6,83% variance, je najmočnejše povezan s spremenljivkami 'Pacientova zasebnost je v času hospitalizacije večkrat kršena', 'Osebno mi je zelo neprijetno ob razgaljanju pacientovega telesa', 'Za zagotavljanje zasebnosti je pomembno, da v času vizite v sobi ni več kot treh zdravstvenih delavcev', 'Vodstvo bolnišnice je tisto, ki je odgovorno, da zagotavlja možnosti za spoštovanje zasebnosti pacienta'. Faktor poimenujemo »zasebnost pacienta«. Peti faktor, ki pojasni 5,90% variance, je močno povezan s spremenljivkami 'Ko pacient pride v bolnišnico, se že v naprej odreče določenemu delu fizične zasebnosti' In 'Zdravstveni delavci imamo zaradi narave svojega dela neomejen dostop v pacientov osebni prostor', ki kažeta na »telesno dostojanstvo«.

3.3.3 Opis vzorca

Vodstvom vseh splošnih bolnišnic v Sloveniji (N=10) smo poslali prošnjo za sodelovanje v raziskavi z vso pripadajočo dokumentacijo. Pristanek na izvedbo anketiranja v njihovi ustanovi so podali v Splošni bolnišnici Jesenice, Splošni bolnišnici

Brežice, Splošni bolnišnici Slovenj Gradec, Splošni bolnišnici Ptuj in Splošni bolnišnici Murska Sobota, kar predstavlja 50% populacije.

Raziskavo smo izvedli na vzorcu zaposlenih v zdravstveni negi, medicini in fizioterapiji na kirurških in internističnih oddelkih. V ustanovah, ki so se odločile za sodelovanje smo vodstvo prosili za podatke o številu zaposlenih po posameznih poklicnih skupinah. Odločili smo se za anketiranje 30% zaposlenih na kirurških in internih oddelkih (N=907). Količino vprašalnikov smo določili glede na podatke o številu zaposlenih in poslali količino vprašalnikov, ustrežno 50% številu zaposlenih (Tabela 3). Pričakovali smo 30% realizacijo. Samo anketiranje so v ustanovah izvedli njihovi zaposleni, zadolženi za to področje, vprašalnike so razdelili priložnostno. Po pošti so ob anketnih vprašalnikih dobili še frankirane pisemske ovojnice s povratnim naslovom. V Splošni bolnišnici Jesenice je delež večji, ker smo v vzorec vključili tudi 30 prvih primerov, ki so nam najprej služili za pilotno testiranje.

Tabela 3: Število razdeljenih/vrnjenih vprašalnikov

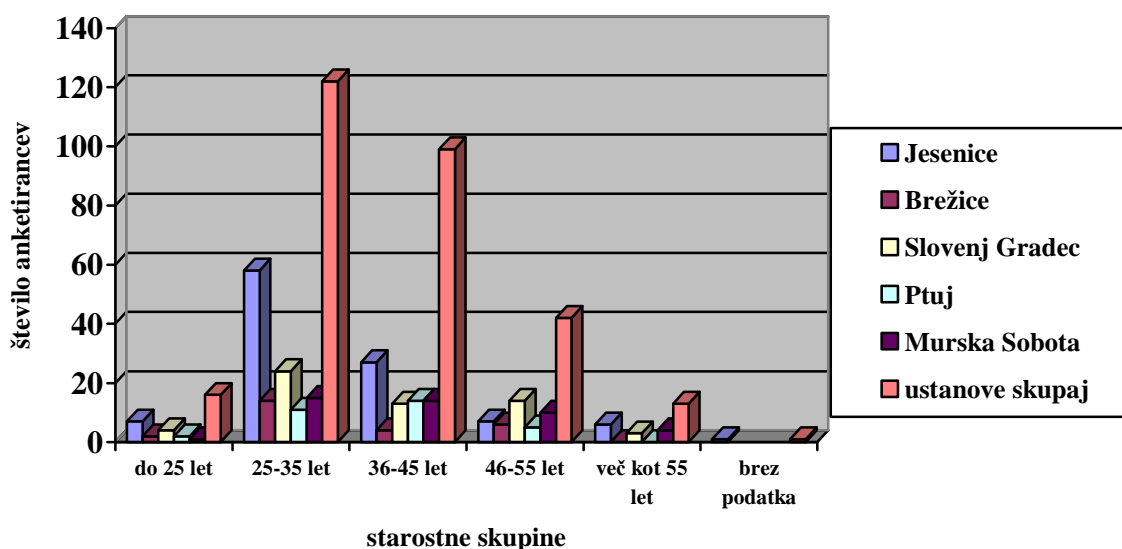
splošna bolnišnica	število zaposlenih na kirurških in internih oddelkih	število razdeljenih vprašalnikov	Število vrnjenih	Delež vrnjenih (%)
Jesenice	185	130	106	81,5
Brežice	105	50	26	52
Slovenj Gradec	204	100	59	59
Ptuj	166	80	32	40
Murska Sobota	247	120	44	36,6
Skupaj	907	480	267	55,6

V raziskavi je sodelovalo 267 zaposlenih iz omenjenih petih slovenskih splošnih bolnišnic. V tabeli 3 so predstavljeni podatki o številu zaposlenih na kirurških in internih oddelkih, število anketirancev in deleži glede na število zaposlenih. Največ, 106 anketirancev je na vprašalnik odgovorilo v Splošni bolnišnici Jesenice. Največji delež odgovorov glede na število zaposlenih smo dobili iz poklicne skupine fizioterapevtov (65,9%), najnižji pa od zdravnikov (15,9%), kar je razvidno iz tabele 4.

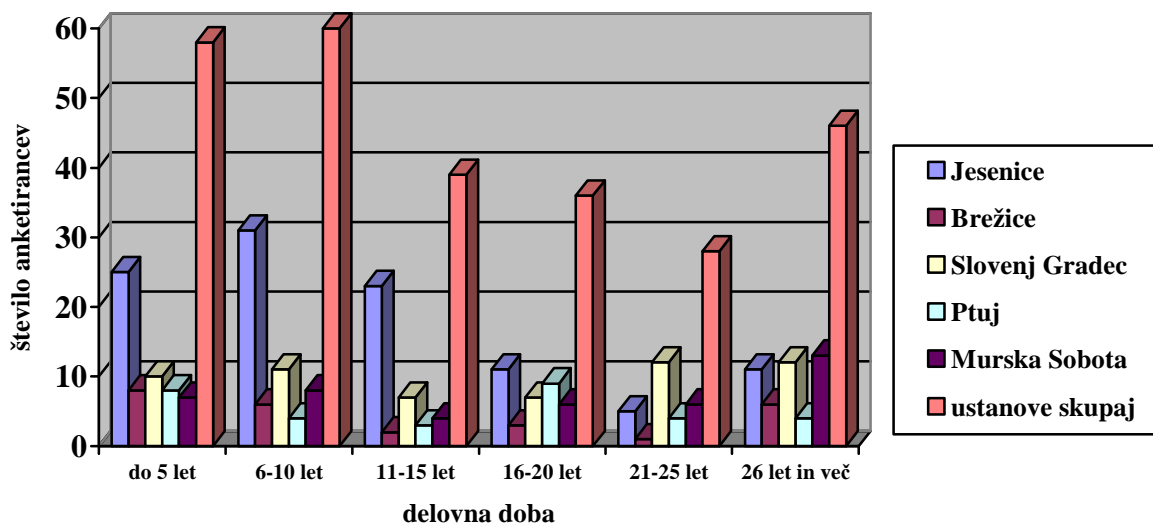
Tabela 4: Realizacija vzorca glede na število zaposlenih na posameznih oddelkih v posameznih ustanovah

SB	zaposleni	n	ZT / SMS		dipl. m. s.		zdravnik		FTH	
			N/ n	(%)	N/ n	(%)	N/ n	(%)	N/ n	(%)
Jesenice	SKUPAJ	106	83/49	(59,0)	34/26	(76,5)	55/21	(38,2)	13/10	(76,9)
	KRG	61	41/29	(70,7)	18/14	(77,8)	29/13	(44,8)	7/5	(71,4)
	INT	45	42/20	(47,6)	16/12	(75,0)	26/8	(30,7)	6/5	(83,3)
Brežice	SKUPAJ	26	49/12	(24,5)	20/14	(70,0)	31/0	(0)	5/0	(0)
	KRG	16	13/7	(53,8)	9/9	(100)	13/0	(0)	-	-
	INT	10	36/5	(13,9)	11/5	(45,5)	18/0	(0)	-	-
Slovenj Gradec	SKUPAJ	59	108/23	(21,3)	47/21	(44,7)	40/7	(17,5)	9/8	(88,9)
	KRG	37	50/13	(26,0)	15/12	(80,0)	16/7	(43,7)	5/5	(100)
	INT	22	58/10	(17,2)	32/9	(28,1)	24/0	(0,0)	4/3	(75,0)
Ptuj	SKUPAJ	32	84/17	(20,2)	38/7	(18,4)	32/1	(3,1)	12/7	(58,3)
	KRG	13	39/6	(15,4)	20/3	(15,0)	14/0	(0)	6/4	(66,7)
	INT	19	45/11	(24,4)	18/4	(22,2)	18/1	(5,6)	6/3	(50,0)
Murska Sobota	SKUPAJ	44	132/17	(12,9)	60/19	(31,7)	50/4	(8,0)	5/4	(80,0)
	KRG	27	53/12	(22,6)	16/12	(75,0)	19/2	(10,5)	2/1	(50,0)
	INT	17	79/5	(6,3)	44/7	(15,9)	31/2	(6,5)	3/3	(100)
SKUPAJ		267	456/118	(25,9)	199/87	(43,7)	208/33	(15,9)	44/29	(65,9)

Legenda: SB – Splošna bolnišnica, N – populacija zaposlenih na internih in kirurških oddelkih, n- vzorec anketirancev, ZT/SMS – zdravstveni tehnik, srednja medicinska sestra oz medicinske sestre s 5. stopnjo izobrazbe, dipl. m. s. – diplomirana medicinska sestra/diplomirani zdravstvenik, FTH – fizioterapevt/ka

**Slika 1: Razporeditev anketirancev glede na starost**

Na sliki 1 vidimo, da je najbolj zastopana starostna skupina od 25 - 35 let. Na sliki 2 pa je razvidno, da je največ anketirancev z delovno dobo 6 - 10 let, nato pa tistih z delovno dobo do 5 let.



Slika 2: Razporeditev anketirancev glede na delovno dobo

V nadaljevanju magistrskega dela sta zaradi premajhnega vzorca rubriki zdravniki specialisti in zdravniki specializanti združeni pod skupen naziv zdravniki.

Tabela 5: Razporeditev anketirancev po poklicni skupini

Splošna bolnišnica	n	poklicna skupina			
		ZT/ SMS (%)	dipl. m. s. (%)	Zdravniki (%)	FTH (%)
Jesenice	106	49 (46,2)	26 (24,5)	21 (19,8)	10 (9,4)
Brežice	26	12 (46,1)	14 (53,9)	0	0
Slovenj Gradec	59	23 (39)	21 (35,6)	7 (11,8)	8 (13,6)
Ptuj	32	17 (53,1)	7 (21,9)	1 (3,1)	7 (21,9)
Murska Sobota	44	17 (38,6)	19 (43,2)	4 (9,1)	4 (9,1)
SKUPAJ	267	118 (44,2)	87 (32,6)	33 (12,3)	29 (10,9)

ZT/SMS - zdravstveni tehnik/srednja medicinska sestra, FTH - fizioterapevt

Iz tabele 5 je razvidna poklicna struktura anketirancev, največ anketirancev je iz skupine medicinskih sester (skupaj 76,8%), več s 5. stopnjo izobrazbe (44,2%) kot s 6. stopnjo izobrazbe (32,6%), kar odseva realno razmerje med zaposlenim različnih skupin

v slovenskem zdravstvu. Najmanj je anketirancev iz poklicnih skupin zdravniki in fizioterapevti, ki skupaj predstavljajo 23,2% anketirancev.

Tabela 6: Razporeditev anketirancev glede na veroizpoved

Splošna bolnišnica	n anketiranci	veroizpoved							
		katoliška	evangelika čanska	pravoslavna	islamska	verniki, ne pripada veroizpovedi	drugo	ni vernik, ateist	ne želi se opredeliti
Jesenice	106	38 (35,8)	0	5 (4,7)	9 (8,5)	5 (4,7)	0	17 (16)	32 (30,2)
Brežice	26	19 (73,1)	0	0	0	0	0	2 (7,7)	5 (19,2)
Slovenj Gradec	59	53 (89,8)	0	1 (1,7)	0	1 (1,7)	0	3 (5,1)	1 (1,7)
Ptuj	32	26 (81,2)	0	0	0	0	0	0	6 (18,8)
Murska Sobota	44	29 (65,9)	7 (15,9)	0	0	2 (4,5)	0	1 (2,3)	5 (11,4)
SKUPAJ	267	165 (61,8)	7 (2,6)	6 (2,2)	9 (3,4)	8 (3,0)	0	23 (8,6)	49 (18,5)

Iz tabele 6 je razvidno, da je velika večina anketirancev katoliške vere (61,8%), 18,5% anketiranih se ni želelo opredeliti, 8,6% je ateistov, ostale veroizpovedi so zastopane v manjšini.

Tabela 7: Razdelitev anketirancev glede na spol, delovišče na katerem so zaposleni in lastno izkušnjo hospitalizacije v zadnjih dveh letih

Splošna bolnišnica	n anketiranci	spol			delovišče		hospitalizacija v 2 letih		
		Moški (%)	Ženski (%)	brez podatka	Krg (%)	Int (%)	da	ne	brez podatka
Jesenice	106	17 (16,0)	87 (82,1)	2 (1,9)	61 (57,5)	45 (42,5)	33 (31,1)	72 (67,9)	1 (0,9)
Brežice	26	1 (3,8)	25 (96,2)	-	16 (61,5)	10 (38,5)	6 (23,1)	20 (76,9)	-
Slovenj Gradec	59	14 (23,7)	45 (76,3)	-	37 (62,7)	22 (73,3)	6 (10,2)	52 (88,1)	1 (1,7)
Ptuj	32	6 (18,7)	26 (81,3)	-	13 (40,6)	19 (59,4)	3 (9,4)	29 (90,6)	-
Murska Sobota	44	10 (22,7)	34 (77,3)	-	27 (61,4)	17 (38,6)	9 (20,5)	35 (79,5)	-
SKUPAJ	267	48 (17,9)	217 (81,3)	2 (0,7)	154 (57,7)	113 (42,3)	57 (21,3)	208 (77,9)	2 (0,7)

V tabeli 7 so prikazani podatki o anketirancih, po spolu, delovišču in lastni izkušnji hospitalizacije, kjer je razvidno, da so ženske zastopane v večini (81,3%), da sta deleža zaposlenih po delovišču (kirurški in internistični odseki) zastopana skoraj enakovredno, ter da skoraj 78% anketirancev v zadnjih 2 letih ni bilo hospitaliziranih.

3.3.4 Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Izvedba anketiranja se je začela aprila 2014. Vodstvu vseh splošnih bolnišnic v Sloveniji (N=10) smo poslali vso potrebno dokumentacijo za pridobitev dovoljenja za izvedbo anketiranja. Soglasje za izvedbo so potrdili v šestih ustanovah. Naknadno smo sodelovanje v eni ustanovi zavrnilo, ker nismo uspeli pridobiti dovoljenja, da podatke lahko uporabimo v namene publiciranja. Tako da vzorec ustanov predstavlja 50% populacije. Ostale splošne bolnišnice so sodelovanje zavrnilo.

V nobeni od bolnišnic ni bilo potrebno pridobiti mnenja etične komisije, ker se anketiranje ni nanašalo na paciente. Udeležba pri anketiranju med zaposlenimi je bila prostovoljna, anonimnost je bila zagotovljena. Anketnemu vprašalniku je bilo priloženo navodilo za izpolnjevanje. Celoten proces zbiranja podatkov je bil izveden v skladu z Zakonom o varovanju osebnih podatkov (1999).

Pridobili smo kvantitativne podatke, ki smo jih analizirali s SPSS programom, verzija 20. Za posamezne spremenljivke smo uporabili osnovne statistične izračune: aritmetično sredino, standardni odklon, minimalno in maksimalno vrednost, frekvence in odstotke ter naslednje statistične metode:

- enosmerno ANOVO za ugotavljanje razlik med poklicnimi skupinami, med zaposlenimi v različnih ustanovah, starostnimi skupinami in glede na pripadnost različnim veroizpovedim ter na izkušnjo lastne hospitalizacije,
- t-test za ugotavljanje razlik glede na spol,
- Pearsonovo korelacijsko analizo za ugotavljanje povezanosti med trditvami na intervalni lestvici ter demografskimi podatki,
- faktorsko analizo (ekstrakcijska metoda Principal axis factoring, izvedena je bila poševna rotacija faktorjev z Oblimin s Kaiser-jevo normalizacijo in pravokotna rotacija z Varimax s Kaiser-jevo normalizacijo),

Za statistično pomembne smo upoštevali razlike na stopnji 5% ali manjšega tveganja ($p \leq 0,05$). Rezultate smo prikazali v obliki tabel in grafov.

3.4 REZULTATI

3.4.1 Opisna statistika

V tabeli 8 so predstavljene opisne statistike za drugi sklop v vprašalniku, ki je sestavljen iz petih posameznih podsklopov: splošne trditve o zagotavljanju dostojanstva ($n=20$), uporaba pripomočkov oz. izvajanje intervencij za zagotavljanje telesnega dostojanstva ($n=7$), mnenja o posegih v pacientovo osebnostno in telesno dostojanstvo ($n=16$), izvajanje intervencij za zagotavljanje osebnostnega dostojanstva ($n=10$), splošna ocena sodelavcev o zagotavljanju zasebnosti pacientom ($n=1$).

Tabela 8: Opisna statistika za posamezne trditve iz sklopa dostojanstvo pacientov v bolnišnici

SPLOŠNE TRDITVE O ZAGOTAVLJANJU DOSTOJANSTVA	N	PV	SO
Ko pacient pride v bolnišnico, se že v naprej odreče določenemu delu fizične zasebnosti.	212	3,36	1,091
Zdravstveni delavci imamo zaradi narave svojega dela neomejen dostop v pacientov osebni prostor.	212	3,06	1,185
Zdravstveni delavci imamo zadosti možnosti, da zaščitimo pacientovo intimo.	212	3,50	0,986
Osebno mi je zelo neprijetno ob razgaljanju pacientovega telesa.	212	3,05	1,157
Zavedam se, da je pacientu zelo neprijetno ob razgaljanju telesa.	212	4,41	0,788
Pacientova zasebnost je v času hospitalizacije večkrat kršena.	212	3,67	0,956
Pacienti so natančno seznanjeni, kaj se bo dogajalo z njimi med postopki zdravstvene nege/ terapevtsko diagnostičnimi postopki.	212	3,27	0,887
Medicinske sestre pacienta seznanijo s posameznimi intervencijami preden začnejo z njimi.	212	3,94	0,809
Zdravniki pacienta seznanijo s posameznimi intervencijami preden začnejo z njimi.	212	3,43	0,791
Fizioterapevtke pacienta seznanijo s posameznimi intervencijami preden začnejo z njimi.	212	3,83	0,728
Poslušanje pacienta je pomembno za spoštovanje njegovega dostojanstva.	212	4,54	0,587
V naši ustanovi pacient enakopravno odloča pri odločitvah povezanih z zdravljenjem.	212	3,57	0,854
V naši ustanovi pacient enakopravno odloča pri odločitvah povezanih z zdravstveno nego.	212	3,53	0,868
Za zagotavljanje zasebnosti je pomembno, da v času vizite v sobi ni več kot treh zdravstvenih delavcev.	212	3,71	1,001
Pred izvedbo intervencije pri pacientu je potrebno pridobiti njegovo dovoljenje za prisotnost specializanta, študenta, dijaka.	212	4,27	0,871

SPLOŠNE TRDITVE O ZAGOTAVLJANJU DOSTOJANSTVA	N	PV	SO
Pacient lahko odkloni poseg v telo, mi pa ga moramo seznaniti z morebitnimi posledicami.	212	4,56	0,560
Vodstvo bolnišnice je tisto, ki je odgovorno, da zagotavlja možnosti za spoštovanje zasebnosti pacienta.	212	3,91	0,993
Vsak zaposleni je sam odgovoren, da z obstoječimi sredstvi zagotavlja zasebnost pacientu.	212	4,24	0,851
Vsak zaposleni je sam odgovoren, da aktivno razmišlja o zagotovitvi telesne zasebnosti pacientu.	212	4,34	0,714
Vsakega sodelavca je potrebno opozoriti, če opazimo da ravna v nasprotju z zagotavljanjem zasebnosti	212	4,34	0,721
UPORABA PRIPOMOČKOV OZ. IZVAJANJE INTERVENCIJ ZA ZAGOTAVLJANJE TELESNEGA DOSTOJANSTVA			
Zapiranje vrat bolniške sobe	267	4,48	0,645
Uporaba paravana/zavese	267	3,37	1,093
Pokrivanje telesa s posteljnino - uporaba »posteljnega paketa«	266	4,09	0,798
Nameščanje opozorila »Prosimo ne vstopajte« na vrata	262	2,63	1,303
Obveščanje pacienta o tem, kaj se bo z njim dogajalo med posameznimi intervencijami	266	4,38	0,646
Prošnja, naj se ostali pacienti v bolniški sobi diskretno obrnejo stran, zapustijo sobo	266	3,33	1,196
Prošnja, naj obiskovalci zapustijo bolniško sobo	266	4,75	0,650
MNENJA O POSEGIH V PACIENTOVO OSEBNOSTNO IN TELESNO DOSTOJANSTVO			
Zasebnost podatkov v pogovoru z zdravstvenim delavcem	264	4,16	0,589
Pacientove osebne odločitve glede postopkov zdravstvene nege in zdravljenja	265	4,16	0,613
Spoštljiv odnos s strani osebja	267	4,56	0,519
Dokumentacija, ki je zaščiten pred pogledi nepooblaščenih oseb	266	4,48	0,597
Spoštovanje pacientove želje po osebнем prostoru, možnosti biti sam	266	3,87	0,820
Zagotavljanje zasebnosti verskih ritualov	265	3,62	0,849
možnost izvajanja aktivnosti kjer se razgali telo (osebna higiena...) brez prisotnosti osebja, ki ni nujno potrebno za izvedbo	267	4,24	0,668
osebna predstavitev osebja pacientu	264	3,72	0,910
razlaga pacientu, kaj se bo dogajalo v času zdravljenja, razlaga namena in poteka postopkov	267	4,31	0,598
pacient obravnavan kot subjekt in ne objekt	267	4,55	0,594
Razkrivanje golega telesa.	266	4,61	0,630
Pogovarjanje o pacientu na način, kot da ni prisoten.	266	4,52	0,691
Pogovarjanje o osebnih podatkih pacienta pred ostalimi pacienti.	265	4,57	0,704
Pogovarjanje o osebnih podatkih pacienta pred ostalimi zaposlenimi, ki s pacientom nimajo direktnega stika.	267	4,16	0,809
Izvajanje pogostih invazivnih intervencij (npr. odvzem krvi,...)	265	3,54	0,957
Prezgodnje odstranjevanje zobne proteze, osebnega spodnjega perila npr. pred operacijo, preiskavo...	249	3,62	0,981

IZVAJANJE INTERVENCIJ ZA ZAGOTAVLJANJE OSEBNOSTNEGA DOSTOJANSTVA	N	PV	SO
Pacientu se ob prvem stiku predstavim z imenom in poklicem, funkcijo.	267	3,32	1,104
Ob odpustu se od pacienta poslovim.	266	4,14	0,864
Ob odpustu se s pacientom rokujem.	252	3,12	0,979
Pacienta ob vsakem posegu v telo seznanim s potekom in namenom posega.	267	4,54	0,577
Pacienta zaščitim pred neželenimi pogledi.	267	4,26	0,676
Pacienta o osebnih podatkih sprašujem brez prisotnosti tretje osebe.	266	3,83	0,829
Ob izvajanju vizite / diagnostično terapevtskih intervencij pacientu zagotovim zasebnost.	266	3,72	0,881
Pri jemanju anamneze zagotovim varnost podatkov tudi tako, da zagotovim zasebnost.	264	3,82	0,816
Vzamem si čas, da pacienta poslušam.	266	4,14	0,721
Pacienta naslavljam z gospod / gospa.	241	4,65	0,581

N=veljavni primeri, PV= povprečna vrednost, SO = standardni odklon; 1=redko in v neprimernem obsegu, 2 = del časa in v manj primernem obsegu, 3= polovično, 4= večino časa in v primernem obsegu, 5= ves čas in v največjem možnem obsegu

3.4.2 Rezultati vezani na hipoteze

V nadaljevanju so rezultati prikazani tako, da ni razvidno, na katero Splošno bolnišnico se nanašajo. Posamezne ustanove so označene s številkami od 1-5.

V nadaljevanju smo prikazali rezultate glede na postavljene hipoteze in sicer najprej rezultate, ki se navezujejo na hipotezo 1, ki pravi, da obstajajo statistično pomembne razlike v mnenjih o zagotavljanju telesnega in osebnostnega dostojanstva pacientom glede na demografske značilnosti anketirancev in sicer po spolu, starosti, delovni dobi in veroizpovedi.

Tabela 9: Rezultati za faktorje glede na spol anketirancev

faktorji	spol	N	PV	SO	Standardna napaka PV	t	p
F1 - osebna odgovornost zaposlenih	moški	48	4,1845	0,61601	0,08891	-2,468	0,016
	ženski	217	4,4187	0,48800	0,03313		
F2 - informiranost pacientov	moški	48	3,6042	0,71055	0,10256	-0,383	0,702
	ženski	217	3,6425	0,60669	0,04119		
F3 - pacientovo sodelovanje pri odločitvah	moški	48	3,4201	0,77718	0,11218	-0,525	0,600
	ženski	217	3,4800	0,70153	0,04762		
F4 - zasebnost pacientov	moški	48	3,2622	0,66177	0,09552	-3,953	0,000
	ženski	217	3,6647	0,63340	0,04300		
F5 - telesno dostojanstvo	moški	48	3,1979	0,64197	0,09266	-0,434	0,665
	ženski	216	3,2477	0,99065	0,06741		

N=veljavni primeri, PV= povprečna vrednost, SO = standardni odklon; 1=redko in v neprimernem obsegu, 2 = del časa in v manj primernem obsegu, 3= polovično, 4= večino časa in v primernem obsegu, 5= ves čas in v največjem možnem obsegu

Tabela 9 prikazuje, da ostajajo statistično pomembne razlike v mnenjih o zagotavljanju zasebnosti ($p < 0,001$) in osebne odgovornosti zaposlenih ($p = 0,016$) glede na spol anketirancev. In sicer se ženske pomembno pogosteje strinjajo s trditvami, ki se navezujejo na faktorja zasebnost ($PV = 3,6647$) in osebna odgovornost ($PV = 4,4187$) kot moški.

Podhipotezo H1a, ki pravi, da se ženske statistično pomembno bolj kot moški strinjajo s trditvami o zagotavljanju telesnega in osebnostnega dostojanstva pacientom smo potrdili.

Tabela 10: Rezultati za faktorje glede na starost ter trajanje delovne dobe anketirancev

		F1	F2	F3	F4	F5
starost	Pearson Correlation	-0,010	-0,042	-0,004	-0,049	0,038
	Sig. (2-tailed)	0,865	0,491	0,949	0,424	0,539
	N	266	266	266	266	265
delovna doba	Pearson Correlation	-0,041	-0,015	0,109	-0,065	0,122*
	Sig. (2-tailed)	0,502	0,804	0,074	0,292	0,047
	N	267	267	267	267	266

F1- osebna odgovornost zaposlenih; F2 – informiranost pacientov; F3 – pacientovo sodelovanje pri odločitvah; F4 – zasebnost pacientov; F5 – telesno dostojanstvo

Kot je razvidno iz tabele 10, statistično pomembnih povezav v mnenjih glede na starost anketirancev nismo našli. Smo pa našli pozitivno, statistično pomembno ($p = 0,047$) povezavo med dolžino delovne dobe in mnenji o telesnem dostojanstvu.

Podhipotezo H1b, ki pravi, da se tisti z daljšo delovno dobo bolj kot tisti s krajšo delovno dobo strinjajo s trditvami o zagotavljanju telesnega in osebnostnega dostojanstva pacientom smo lahko potrdili le deloma, ker smo statistično pomembno povezavo našli le pri faktorju telesno dostojanstvo.

Podhipoteze H1c, ki pravi, da se tisti z višjo starostjo bolj kot tisti z nižjo starostjo strinjajo s trditvami o zagotavljanju telesnega in osebnostnega dostojanstva pacientom nismo mogli potrditi.

Tabela 11: Rezultati za faktorje glede na veroizpoved

faktorji	veroizpoved	N	PV	SO	F	p
F1 - osebna odgovornost zaposlenih	1	165	4,3525	0,50047	0,400	0,753
	2	30	4,4516	0,50560		
	3	23	4,4161	0,69708		
	4	49	4,3994	0,50337		
	skupaj	267	4,3777	0,51907		
F2 - informiranost pacientov	1	165	3,6025	0,62582	1,698	0,168
	2	30	3,8778	0,60281		
	3	23	3,5870	0,65447		
	4	49	3,6514	0,62862		
	skupaj	267	3,6411	0,62875		
F3 - pacientovo sodelovanje pri odločitvah	1	165	3,3899	0,74228	2,482	0,061
	2	30	3,7333	0,62146		
	3	23	3,5290	0,59597		
	4	49	3,5748	0,69477		
	skupaj	267	3,4744	0,71582		
F4 - zasebnost pacientov	1	165	3,6379	0,64914	0,787	0,502
	2	30	3,5500	0,70832		
	3	23	3,5471	0,63506		
	4	49	3,4847	0,64721		
	skupaj	267	3,5921	0,65364		
F5 - telesno dostojanstvo	1	165	3,2697	0,91648	0,385	0,764
	2	30	3,2500	0,90735		
	3	23	3,2391	1,07523		
	4	48	3,1042	0,98908		
	skupaj	266	3,2350	0,93982		

1 - katoliška vera, 2 -ostale vere (evangelikičanska, pravoslavna, islamska, vernik, vendar ne pripada veroizpovedi), 3 - nisem vernik/ateist, 4 - neopredeljen

N=veljavni primeri, PV= povprečna vrednost, SO = standardni odklon; 1=redko in v neprimernem obsegu, 2 = del časa in v manj primernem obsegu, 3= polovično, 4= večino časa in v primernem obsegu, 5= ves čas in v največjem možnem obsegu

Kot je razvidno iz tabele 11 nismo našli nobene razlike med veroizpovedjo in faktorji.

Podhipoteze H1d, ki pravi, da se katoliki bolj kot drugi strinjajo s trditvami o zagotavljanju telesnega in osebnostnega dostojanstva pacientom, nismo mogli potrditi.

V nadaljevanju so prikazani rezultati, ki se navezujejo na hipotezo 2, ki pravi, da se zaposleni v zdravstveni negi statistično pomembno bolj strinjajo s trditvami o zagotavljanju telesnega in osebnostnega dostojanstva pacientom kot zaposleni drugih poklicnih skupin.

Tabela 12: Rezultati za faktorje glede na zaposlene iz različnih poklicnih skupin

faktorji	poklicna skupina	N	PV	SO	F	p
F1 - osebna odgovornost zaposlenih	ZT / SMS	118	4,3411	0,51402	0,896	0,444
	Dipl. m. s.	87	4,4431	0,52987		
	zdravnik	33	4,3074	0,55342		
	fizioterapevt	29	4,4108	0,46614		
	SKUPAJ	267	4,3777	0,51907		
F2 - informiranost pacientov	ZT / SMS	118	3,7097	0,60395	1,292	0,278
	Dipl. m. s.	87	3,6370	0,63107		
	zdravnik	33	3,5202	0,56636		
	fizioterapevt	29	3,5115	0,76627		
	SKUPAJ	267	3,6411	0,62875		
F3 - pacientovo sodelovanje pri odločitvah	ZT / SMS	118	3,4774	0,75009	1,051	0,371
	Dipl. m. s.	87	3,5556	0,65428		
	zdravnik	33	3,3081	0,71580		
	fizioterapevt	29	3,4080	0,74746		
	SKUPAJ	267	3,4744	0,71582		
F4 - zasebnost pacientov	ZT / SMS	118	3,6575	0,60836	6,338	0,000
	Dipl. m. s.	87	3,6753	0,63503		
	zdravnik	33	3,1465	0,64011		
	fizioterapevt	29	3,5833	0,72921		
	SKUPAJ	267	3,5921	0,65364		
F5 - telesno dostojanstvo	ZT / SMS	117	3,3077	0,85814	0,612	0,608
	Dipl. m. s.	87	3,1379	1,05293		
	zdravnik	33	3,1818	0,82744		
	fizioterapevt	29	3,2931	1,03093		
	SKUPAJ	266	3,2350	0,93982		

N=veljavni primeri, PV= povprečna vrednost, SO = standardni odklon; 1=redko in v neprimernem obsegu, 2 = del časa in v manj primernem obsegu, 3= polovično, 4= večino časa in v primernem obsegu, 5= ves čas in v največjem možnem obsegu, ZT/SMS – zdravstveni tehnik, srednja medicinska sestra oz medicinske sestre s 5. stopnjo izobrazbe, dipl. m. s. – diplomirana medicinska sestra/diplomiran zdravstvenik

Iz tabele 12 je razvidno, da obstaja statistično pomembna razlika v mnenjih o zagotavljanju zasebnosti pacientov ($F=6,338$, $p<0,001$) med zaposlenimi različnih poklicnih skupin, tega pa nismo mogli dokazati za druge faktorje. Mnenje pri faktorju zasebnost je najvišje pri diplomiranih medicinskih sestrah ($PV=3,6753$), ter visoko pri zdravstvenih tehnikih/srednjih medicinskih sestrah ($PV=3,6575$).

Hipotezo 2 lahko samo deloma potrdimo. Statistično značilne razlike smo dokazali le pri faktorju zasebnost pacientov, pri drugih ne.

Nadalje so prikazani rezultati, ki se navezujejo na hipotezo 3, ki pravi, da zaposleni v zdravstveni negi statistično pomembno bolj/več uporabljajo pripomočke oz. intervencije za zagotavljanje telesnega dostojanstva pacientom kot zaposleni drugih poklicnih skupin. V skupino pripomočki / intervencije so zbrane trditve, ki se nahajajo v vprašalniku pod zaporedno številko 10.

Tabela 13: Uporaba pripomočkov/intervencij glede na pripadnost poklicni skupini

poklicne skupine	N	PV	SO	F	p
ZT /SMS	118	3,9737	0,52966	8,573	0,000
Dipl. m. s.	87	3,9154	0,48265		
zdravnik	33	3,6277	0,48961		
fizioterapevt	29	3,5476	0,41727		
skupaj	267	3,8657	0,51954		

N=veljavni primeri, PV= povprečna vrednost, SO = standardni odklon; 1=redko in v neprimernem obsegu, 2 = del časa in v manj primernem obsegu, 3= polovično, 4= večino časa in v primernem obsegu, 5= ves čas in v največjem možnem obsegu
ZT/SMS- zdravstveni tehnik/ srednja medicinska sestra

Kot je razvidno iz tabele 13, smo našli statistično pomembne razlike v razlike ($F=8,573$, $p<0,001$) v uporabi pripomočkov oz. v intervencijah za zagotavljanje telesnega dostojanstva pacientom glede na pripadnost različnim poklicnim skupinam. Najpogosteje jih uporabljajo zdravstveni tehniki/ srednje medicinske sestre ($PV=3,9737$).

Ker so nas zanimali podatki še za posamezne trditve, smo izvedli enosmerno Anovo glede na poklicne skupine za posamezne trditve.

Tabela 14: Statistično pomembne razlike, glede na poklicno skupino pri uporabi pripomočkov oz. intervencijah za zagotavljanje telesnega dostojanstva

Poklicna skupina	ZT/SMS	dipl.m.s.	zdravnik	FTH	F	p
	PV SO	PV SO	PV SO	PV SO		
nameščanje opozorila »Prosimo ne vstopajte« na vrata	2,87	2,86	2,18	1,55	11,292	0,000
	1,367	1,177	1,131	0,870		
prošnja, naj se ostali pacienti v bolniški sobi diskretno obrnejo stran, zapustijo sobo	3,62	3,45	2,64	2,59	11,253	0,000
	1,073	1,198	1,055	1,240		
prošnja, naj obiskovalci zapustijo bolniško sobo	4,88	4,67	4,61	4,61	3,142	0,026
	0,417	0,802	0,609	0,875		

PV= povprečna vrednost, SO = standardni odklon; 1=redko in v neprimernem obsegu, 2 = del časa in v manj primernem obsegu, 3= polovično, 4= večino časa in v primernem obsegu, 5= ves čas in v največjem možnem obsegu, ZT/SMS - zdravstveni tehnik/srednja medicinska sestra, FTH - fizioterapevt

V tabeli 14 je prikazano, da obstajajo statistično značilno pomembne razlike med anketiranci različnih poklicnih skupin in sicer zdravstveni tehniki/srednje medicinske sestre pogosteje uporabljajo pripomočke oz. intervencije za zagotavljanje telesnega dostojanstva kot so: nameščanje opozorila »Prosimo ne vstopajte« na vrata ($PV=2,87$, $F=11,292$, $p<0,001$), pogosteje prosijo, naj se ostali pacienti v bolniški sobi diskretno

obrbejo stran, zapustijo sobo (PV=3,62, F=11,253, p<0,001), pogosteje prosijo, naj obiskovalci zapustijo bolniško sobo (PV=4,88, F=3,142, p=0,026) kot zaposleni v drugih poklicnih skupinah.

Hipotezo 3 smo lahko potrdili, kajti našli smo statistično pomembne razlike v uporabi pripomočkov oz. v intervencijah za zagotavljanje telesnega dostojanstva pacientom glede na pripadnost različnim poklicnim skupinam.

Nadalje so prikazani rezultati, ki se navezujejo na hipotezo 4, ki pravi, da obstajajo statistično pomembne razlike med ustanovami zaposlitve o strinjanju zaposlenih s trditvami o zagotavljanju telesnega in osebnostnega dostojanstva pacientom ter v uporabi pripomočkov oz. intervencij za zagotavljanje telesnega dostojanstva pacientom.

Tabela 15: Rezultati za faktorje glede na ustanovo zaposlitve

faktorji	ustanova	N	PV	SO	F	p
F1 - osebna odgovornost zaposlenih	1	106	4,5052	0,50219	3,563	0,008
	2	26	4,2308	0,54970		
	3	32	4,2696	0,44953		
	4	44	4,4102	0,46558		
	5	59	4,2479	0,56250		
	skupaj	267	4,3777	0,51907		
F2 - informiranost pacientov	1	106	3,7586	0,59838	1,935	0,1050
	2	26	3,6186	0,47503		
	3	32	3,5417	0,63111		
	4	44	3,6364	0,68462		
	5	59	3,4972	0,67469		
	skupaj	267	3,6411	0,62875		
F3 - pacientovo sodelovanje pri odločitvah	1	106	3,5723	0,68584	4,580	0,001
	2	26	3,5513	0,54113		
	3	32	3,0573	0,94907		
	4	44	3,6515	0,63878		
	5	59	3,3588	0,65931		
	skupaj	267	3,4744	0,71582		
F4 - zasebnost pacientov	1	106	3,5967	0,59719	2,841	0,025
	2	26	3,5385	0,52294		
	3	32	3,5781	0,67033		
	4	44	3,3598	0,73549		
	5	59	3,7881	0,68794		
	skupaj	267	3,5921	0,65364		
F5 - telesno dostojanstvo	1	106	3,1887	0,93466	1,679	0,155
	2	26	3,1154	0,89786		
	3	31	3,3548	0,99326		
	4	44	3,5227	0,93978		
	5	59	3,0932	0,91668		
	skupaj	266	3,2350	0,93982		

N=veljavni primeri, PV= povprečna vrednost, SO = standardni odklon; 1=redko in v neprimernem obsegu, 2 = del časa in v manj primernem obsegu, 3= polovično, 4= večino časa in v primernem obsegu, 5= ves čas in v največjem možnem obsegu

Kot je razvidno iz tabele 15 smo našli statistično pomembne razlike v mnenjih o osebni odgovornosti zaposlenih ($F=3,563$, $p=0,008$), o zagotavljanju zasebnosti ($F=2,841$, $p=0,025$) ter pacientovem sodelovanju pri odločitvah ($F=4,580$, $p=0,001$) glede na ustanovo zaposlitve. Mnenje pri faktorju zasebnost je najvišje v ustanovi 5 ($PV=3,7881$), pri faktorju osebna odgovornost v ustanovi 1 ($PV=4,5052$), pri faktorju pacientovo sodelovanje pri odločitvah pa v ustanovi 4 ($PV=3,6515$).

Tabela 16: Uporaba pripomočkov / intervencij glede na ustanovo zaposlitve

ustanova zaposlitve	N	PV	SO	F	p
ustanova 1	106	4,0773	0,46353	13,267	0,000
ustanova 2	26	3,9121	0,55854		
ustanova 3	32	3,4680	0,38877		
ustanova 4	44	3,8781	0,49898		
ustanova 5	59	3,6715	0,49050		
skupaj	267	3,8657	0,51954		

N=veljavni primeri, PV= povprečna vrednost, SO = standardni odklon; 1=redko in v neprimernem obsegu, 2 = del časa in v manj primernem obsegu, 3= polovično, 4= večino časa in v primernem obsegu, 5= ves čas in v največjem možnem obsegu

Našli smo (tabela 16) statistično pomembne razlike ($F=13,267$, $p<0,001$) v uporabi pripomočkov oz. v intervencijah za zagotavljanje telesnega dostojanstva pacientom glede na ustanovo zaposlitve.

Ugotovili smo, da obstajajo statistično pomembne razlike med anketiranci zaposlenimi v različnih ustanovah (tabela 17) in sicer pri: uporabi paravana/zaves (PV=3,74, $p<0,001$), nameščanju opozorila »Prosimo ne vstopajte« na vrata (PV=3,22, $p<0,001$), ki ju najpogosteje uporabljajo v ustanovi 1. Uporaba paravanov/zaves (PV=2,13) in pa opozoril na vratih (PV=1,23) je izrazito nizka v ustanovi 3, kjer smo naknadno izvedeli, da te možnosti na vseh oddelkih ni. Je pa vedno možno zapreti vrata bolniške sobe, kar je ravno tako statistično pomembno pogostejše (PV=4,65, $p<0,001$) v ustanovi 1. Da obveščajo pacienta o tem, kaj se bo z njim dogajalo med posameznimi intervencijami statistično pomembno bolj menijo v ustanovi 4 (PV=4,52, $p=0,002$). Prošnjo, naj se ostali pacienti v bolniški sobi diskretno obrnejo stran ali zapustijo sobo statistično pogostejše uporabljajo v ustanovi 2 (PV=3,85, $p=0,020$) Prošnjo, naj obiskovalci zapustijo bolniško sobo (PV=4,94, $p=0,005$) najpogosteje uporabljajo v ustanovi 3.

Tabela 17: Statistično pomembne razlike glede na ustanovo zaposlitve pri uporabi pripomočkov oz. intervencijah za zagotavljanje telesnega dostojanstva

Ustanova	1	2	3	4	5	F	p
	PV SO	PV SO	PV SO	PV SO	PV SO		
zapiranje vrat bolniške sobe	4,65 0,479	4,54 0,508	4,59 0,712	4,41 0,583	4,14 0,819	7,100	0,000
uporaba paravana/zavesa	3,74 0,832	3,62 0,941	2,13 1,289	3,64 0,865	3,07 1,065	19,814	0,000
nameščanje opozorila »Prosimo ne vstopajte« na vrata	3,22 1,250	2,58 1,270	1,23 0,717	2,15 1,085	2,69 1,096	20,601	0,000
obveščanje pacienta o tem, kaj se bo z njim dogajalo med posameznimi intervencijam	4,51 0,521	4,35 0,689	4,22 0,975	4,52 0,549	4,14 0,605	4,361	0,002
prošnja, naj se ostali pacienti v bolniški sobi diskretno obrnejo stran, zapustijo sobo	3,44 1,188	3,85 1,156	3,06 1,076	3,37 1,273	3,02 1,152	2,959	0,020
prošnja, naj obiskovalci zapustijo bolniško sobo	4,80 0,466	4,35 1,164	4,94 0,246	4,66 0,805	4,79 0,585	3,768	0,005

PV= povprečna vrednost, SO = standardni odklon; 1=redko in v neprimernem obsegu, 2 = del časa in v manj primernem obsegu, 3= polovično, 4= večino časa in v primernem obsegu, 5= ves čas in v največjem možnem obsegu

Hipotezo 4 lahko potrdimo, ker smo našli statistično pomembne razlike v treh faktorjih in sicer: osebna odgovornost zaposlenih, zasebnost pacientov, pacientovo sodelovanje pri odločitvah. Ravno tako obstaja statistično pomembna razlika med ustanovami glede uporabe pripomočkov oz. v intervencijah, ki zagotavljajo telesno dostojanstvo.

V nadaljevanju so prikazani rezultati, ki se navezujejo na hipotezo 5, ki pravi, da se zaposleni na internističnih oddelkih statistično pomembno bolj kot tisti na kirurških oddelkih zavedajo pomena zagotavljanja telesnega in osebnostnega dostojanstva.

Kot je razvidno v tabeli 18, smo našli statistično pomembno razliko v faktorju zasebnost med zaposlenimi na kirurškem in internim oddelkom ($F=5,645$, $p=0,018$). Zaposleni na internem oddelku se značilno bolj ($PV=3,7021$) kot tisti na kirurškem oddelku strinjajo s trditvami, ki se nanašajo na faktor zasebnost. Za ostale štiri faktorje nismo mogli dokazati statistično pomembne razlike med zaposlenimi na različnih deloviščih.

Tabela 18: Rezultati za faktorje glede na delovišče

Faktorji	delovišče	N	PV	SO	F	p
F1 - osebna odgovornost zaposlenih	kirurški odd.	154	4,3658	0,53698	0,191	0,662
	interni odd.	113	4,3940	0,49552		
	skupaj	267	4,3777	0,51907		
F2 - informiranost pacientov	kirurški odd.	154	3,6439	0,64086	0,008	0,931
	interni odd.	113	3,6372	0,61469		
	skupaj	267	3,6411	0,62875		
F3 - pacientovo sodelovanje pri odločitvah	kirurški odd.	154	3,5444	0,63573	3,509	0,062
	interni odd.	113	3,3791	0,80556		
	skupaj	267	3,4744	0,71582		
F4 - zasebnost pacientov	kirurški odd.	154	3,5114	0,66640	5,645	0,018
	interni odd.	113	3,7021	0,62200		
	skupaj	267	3,5921	0,65364		
F5 - telesno dostojanstvo	kirurški odd.	153	3,2288	0,90501	0,016	0,901
	interni odd.	113	3,2434	0,98904		
	skupaj	266	3,2350	0,93982		

N=veljavni primeri, PV= povprečna vrednost, SO = standardni odklon; 1=redko in v neprimernem obsegu, 2 = del časa in v manj primernem obsegu, 3= polovično, 4= večino časa in v primernem obsegu, 5= ves čas in v največjem možnem obsegu

Hipotezo 5 smo lahko potrdili le deloma. Našli smo statistično pomembno razliko v faktorju zasebnost med zaposlenimi na kirurškem in internem oddelku. Zaposleni na internem oddelku se bolj kot tisti na kirurškem oddelku strinjajo s trditvami, ki se nanašajo na faktor zasebnost. Nismo pa mogli dokazati statistično pomembne razlike za druge faktorje.

Spodaj so prikazani rezultati, ki se navezujejo na hipotezo 6, ki pravi, da se tisti zaposleni, ki imajo lastno izkušnjo hospitalizacije statistično značilno bolj zavedajo pomena zagotavljanja telesnega dostojanstva, ter pogosteje uporabljajo pripomočke oz. intervencije za zagotavljanje telesnega dostojanstva pacientom.

Ugotovili smo (tabela 19), da tisti zaposleni, ki imajo lastno izkušnjo hospitalizacije statistično pomembno ($F=12,317$, $p=0,001$) pogosteje uporabljajo pripomočke oz. intervencije za zagotavljanje telesnega dostojanstva. Razliko smo našli še pri faktorju osebna odgovornost zaposlenih ($F=5,912$, $p=0,016$), pri ostalih faktorjih razlike nismo mogli dokazati.

Tabela 19: Rezultati za faktorje in sklop trditvev, ki se nanašajo na uporabo pripomočkov/intervencij za zagotavljanje telesnega dostojanstva glede na lastno izkušnjo hospitalizacije

		N	PV	SO	F	p
F1 - osebna odgovornost zaposlenih	da	57	4,5238	0,46160	5,912	0,016
	ne	208	4,3365	0,52879		
	skupaj	265	4,3768	0,51999		
F2 - informiranost pacientov	da	57	3,6447	0,58620	0,013	0,911
	ne	208	3,6342	0,63953		
	skupaj	265	3,6365	0,62738		
F3 - pacientovo sodelovanje pri odločitvah	da	57	3,5351	0,71599	0,566	0,453
	ne	208	3,4543	0,71891		
	skupaj	265	3,4717	0,71769		
F4 - zasebnost pacientov	da	57	3,6301	0,53915	0,193	0,661
	ne	208	3,5873	0,67907		
	skupaj	265	3,5965	0,65080		
F5 - telesno dostojanstvo	da	57	3,2632	0,88694	0,035	0,851
	ne	207	3,2367	0,95252		
	skupaj	264	3,2424	0,93716		
Pripomočki intervencije	da	57	4,0722	0,43919	12,317	0,001
	ne	208	3,8064	0,52319		
	skupaj	265	3,8636	0,51722		

N=veljavni primeri, PV= povprečna vrednost, SO = standardni odklon; 1=redko in v neprimernem obsegu, 2 = del časa in v manj primernem obsegu, 3= polovično, 4= večino časa in v primernem obsegu, 5= ves čas in v največjem možnem obsegu

Tabela 20: Rezultati za trditve glede na lastno hospitalizacijo v zadnjih 2 letih

Trditve	hospitalizacija DA		hospitalizacija NE		t p
	PV	SO	PV	SO	
uporaba paravana/zavese	3,63	0,993	3,29	1,114	2,217 0,029
nameščanje opozorila »Prosimo ne vstopajte« na vrata	3,07	1,173	2,51	1,304	2,915 0,004
obveščanje pacienta o tem, kaj se bo z njim dogajalo med posameznimi intervencijami	4,60	0,530	4,32	0,664	3,305 0,001
Pred izvedbo intervencije pri pacientu je potrebno pridobiti njegovo dovoljenje za prisotnost specializanta, študenta, dijaka.	4,49	0,685	4,21	0,921	2,543 0,012
Pacient lahko odkloni poseg v telo, mi pa ga moramo seznaniti z morebitnimi posledicami.	4,70	0,499	4,49	0,606	2,388 0,018
Vsak zaposleni je sam odgovoren, da aktivno razmišlja o zagotovitvi telesne zasebnosti pacientu.	4,53	0,684	4,25	0,739	2,654 0,009
Pacienta zaščitim pred neželenimi pogledi.	4,42	0,653	4,22	0,680	2,028 0,045

PV = povprečna vrednost (lestvica od 1 do 5: 1 = nikakor se ne strinjam, 5 = popolnoma se strinjam), SO = standardni odklon, p= mejna statistično pomembna vrednost pri 0,05 ali manj

Ker so nas zanimali podatki za posamezne trditve v sklopu **pripomočki/intervencije**, smo izvedli še t-test za razlike glede na izkušnjo lastne hospitalizacije po trditvah in jih prikazali v tabeli 20. Našli smo statistično pomembne razlike pri uporabi

paravana/zavesa (PV=3,63, p=0,029), nameščanje opozorila »Prosimo ne vstopajte« na vrata (PV=3,07, p=0,004) ter obveščanje pacienta o tem, kaj se bo z njim dogajalo med posameznimi intervencijami (PV= 4,60, p=0,001) pri tistih, ki so bili sami hospitalizirani v zadnjih dveh letih.

Dodatno smo prikazali še naslednje ugotovitve, kjer prihaja do statistično pomembnih razlik glede na lastno izkušnjo hospitalizacije, kar je ravno tako razvidno iz tabele 20. Te ugotovitve so: Tisti, ki imajo lastno izkušnjo hospitalizacije statistično pomembno pogosteje menijo, da: »Pred izvedbo intervencije pri pacientu je potrebno pridobiti njegovo dovoljenje za prisotnost specializanta, študenta, dijaka« (PV=4,49, p=0,012), »Pacient lahko odkloni poseg v telo, mi pa ga moramo seznaniti z morebitnimi posledicami.« (PV=4,70, p=0,018), »Vsak zaposleni je sam odgovoren, da aktivno razmišlja o zagotovitvi telesne zasebnosti pacientu« (PV=4,53, p=0,009), ter » Pacienta zaščitim pred neželenimi pogledi« (PV=4,42, p = 0,045).

Hipotezo 6 smo potrdili, saj smo ugotovili, da obstaja statistično pomembna razlika pri faktorju osebna odgovornost zaposlenih, ter da tisti zaposleni, ki imajo lastno izkušnjo hospitalizacije pogosteje uporabljajo pripomočke oz. intervencije za zagotavljanje telesnega dostojanstva pacientom.

Nadalje so prikazani rezultati, ki se navezujejo na hipotezo 7, ki pravi, da obstaja močna pozitivna povezava med mnenji o telesnem in osebnostnem dostojanstvu ter med pogostostjo izvajanja aktivnosti, ki ščitijo pacientovo dostojanstvo. Da smo lahko preizkusili to hipotezo, smo oblikovali dve novi skupini, prikazani v nadaljevanju.

Vse trditve v sklopu vprašanj v vprašalniku pod zaporedno številko 11 smo v nadaljevanju opredelili kot **teorija**, to so trditve, kjer sprašujemo po tem, kako pomembne se anketirancem za zagotavljanje dostojanstva pacientu zdijo: zasebnost podatkov v pogovoru z zdravstvenim delavcem; pacientove osebne odločitve glede postopkov nege in zdravljenja; spoštovanje s strani osebja; dokumentacija, ki je zaščitena pred pogledi nepooblaščenih oseb; spoštovanje pacientove želje po osebnem prostoru, možnost biti sam; zagotavljanje zasebnosti verskih ritualov; možnost izvajanja aktivnosti kje se razgali telo (osebna higiena...) brez prisotnosti osebja, če ni to nujno

potrebno; osebna predstavitev osebja pacientu; razlaga pacientu, kaj se bo dogajalo v času zdravljenja, razlaga namena in poteka postopkov; pacient obravnavan kot subjekt in ne objekt.

Ravno tako smo opredelili skupino **praksa**, v katero smo zaobjeli trditve v vprašalniku pod zaporedno številko 13, kjer sprašujemo koliko anketiranci sami izvajajo naslednje akcije: pacientu se ob prvem stiku predstavim z imenom in poklicem, funkcijo; ob odpustu se od pacienta poslovim; ob odpustu se s pacientom rokujem; pacienta ob vsakem posegu v telo seznanim s potekom in namenom posega; pacienta zaščitim pred neželenimi pogledi; pacienta o osebnih podatkih sprašujem brez prisotnosti tretje osebe; ob izvajanju vizite / diagnostično terapevtskih intervencij pacientu vedno zagotovim zasebnost; pri jemanju anamneze vedno zagotovim varnost podatkov tudi tako, da zagotovim zasebnost; vedno si vzamem čas, da pacienta poslušam; pacienta naslavljam z gospod/ gospa.

Najprej smo z korelacijsko analizo želeli ugotoviti povezanost teorije s prakso in obratno. Kot je razvidno iz tabele 21, se kaže statistično pomembna in močna (0,479) povezava med eno in drugo skupino ($p < 0,001$).

Tabela 21: Pearsonov test korelacije med skupinama vprašanj - teorija in praksa

		teorija
praksa	Pearsonova korelacija	0,479**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	267

** korelacija je signifikantna na nivoju 0,01

Ker smo želeli ugotoviti, kakšna je ta povezava, smo nadalje (tabela 22) s t – testom primerjali ti dve skupini in ugotovili, da obstaja statistično pomembna razlika med teorijo in prakso. Ugotovili smo, da anketiranci statistično pomembno bolj ($p < 0,001$) trdijo v teoriji, kot delajo v praksi oz. če povemo drugače: kar trdijo, da delajo za zagotavljanje zasebnosti pacientov, se ne ujema s trditvami v sklopu praksa, ki opisuje aktivnosti, ki jih izvajajo v praksi.

Tabela 22: Rezultati za ugotavljanje razlik med skupinama vprašanj - teorija in praksa

	N	PV	SO	t	p
teorija	267	4,1686	0,40679	167,448	0,000
praksa	267	3,9503	0,45314	142,445	0,000

Test Value = 0, N=veljavni primeri, PV= povprečna vrednost, SO = standardni odklon

Hipotezo 7 smo potrdili. Za preverjanje te hipoteze smo oblikovali dva sklopa trditev in ju poimenovali teorija in praksa, ter dokazali povezavo teorije s prakso in obratno ($p < 0,001$).

Hipoteza 8 pravi, da je splošno mnenje anketirancev o tem, kako dobro njihovi sodelavci zagotavljajo telesno zasebnost dobro, se pa statistično pomembno razlikuje med ustanovami in poklicnimi skupinami, ter da menijo, da imajo o področju zagotavljanje telesne zasebnosti dovolj znanja.

Kakšno je splošno mnenje oz. ocena vseh sodelavcev glede zagotavljanja telesne zasebnosti, je opisano v tabeli 23.

Tabela 23: Splošna ocena sodelavcev o zagotavljanju telesne zasebnosti pacientom glede na ustanovo zaposlitve in poklicno skupino

nivo zagotavljanja telesne zasebnosti - splošna ocena sodelavcev glede zagotavljanja telesne zasebnosti	N	PV	SO	F	p
Ustanova 1	105	3,91	0,709	7,011	0,000
Ustanova 2	26	3,77	0,652		
Ustanova 3	31	4,10	0,597		
Ustanova 4	44	3,77	0,677		
Ustanova 5	59	3,42	0,622		
Skupaj	265	3,79	0,697		
Zdravstveni tehnik/ srednja medicinska sestra	117	3,91	0,689	2,391	0,069
Diplomirana medicinska sestra	87	3,67	0,693		
zdravnik	33	3,73	0,626		
fizioterapevt	28	3,71	0,763		
Skupaj	265	3,79	0,697		

N=veljavni primeri, PV= povprečna vrednost, SO = standardni odklon; 1=redko in v neprimernem obsegu, 2 = del časa in v manj primernem obsegu, 3= polovično, 4= večino časa in v primernem obsegu, 5= ves čas in v največjem možnem obsegu

Splošno mnenje anketirancev o njihovih sodelavcih glede zagotavljanja telesne zasebnosti je dobro (PV=3,79, SO=0,679), kar vidimo v tabeli 23. Se pa to mnenje glede na ustanovo zaposlitve statistično pomembno razlikuje (F=7,011, $p < 0,001$) in sicer je v ustanovi 3 ocena najvišja (PV=4,10), najnižja pa v ustanovi 5 (PV=3,42).

Ravno tako se razlikuje glede na pripadnost posamezni poklicni skupini ($F=2,391$, $p=0,069$), najboljšo oceno so podali zdravstveni tehniki/ srednje medicinske sestre ($PV=3,91$).

Zanimalo nas je še ali anketiranci smatrajo, da imajo zadosti znanja glede zagotavljanja telesne zasebnosti pacientom, kar je opisano v tabeli 24.

Tabela 24: Mnenje anketirancev glede lastnega znanja s področja zagotavljanja telesne zasebnosti

Ali smatrate, da imate zadosti znanja glede zagotavljanja telesne zasebnosti pacientu	frekvenca	odstotek
da	178	67,4
ne	14	5,3
potreboval bi osvežitev/dopolnitev znanj	72	27,3
skupaj	264	100,0

V tabeli 24 vidimo, da večina anketiranih (67,4%) smatra, da imajo zadosti znanja glede zagotavljanja telesne zasebnosti pacientom, le manjši delež (27,3%) pa meni, da bi potrebovali dopolnitev, oz. osvežitev znanj.

Hipotezo 8 smo potrdili, ker je splošna ocena sodelavcev dobra, se razlikuje glede na ustanovo zaposlitve in pripadnost poklicni skupini, ravno tako pa večina meni, da ima zadosti znanja.

Na koncu anketnega vprašalnika smo postavili dve odprti vprašanji, kjer smo anketirance spraševali o njihovih izkušnjah in predlaganih rešitvah oz. o dilemah in težavah s katerimi se srečujejo v kliničnem okolju na področju zagotavljanja dostojanstva pacientom. Odgovorilo je 66 anketirancev, kar predstavlja 24,7% vzorca. Odgovori so bili pomešani, tako da jih nismo ločevati in v nadaljevanju predstavljamo tiste, ki so se nam zdeli najpomembnejši.

Odgovori anketirancev:

- »zaposleni premalo prepoznajo priložnosti za zagotavljanje zasebnosti predvsem v smislu pogovora. Prav tako prehitro posegamo v intimni prostor pacienta«,
- »znanje imamo, ga pa premalo uporabljamo«,

- »Seznanjanje s težkimi diagnozami v sobi z več pacienti. Zdravnik bi ga lahko poklical oz. svojce v zdravniško sobo«,
- »strinjam se, da pa pogosto pozabljamo na to, kako se pacient počuti«,
- »Manjka nam ozaveščenost o tem, kako pomembno je zagotavljanje zasebnosti pacientom. Načela zasebnosti bolj upoštevamo medicinske sestre kot pa zdravniki«,
- »zasebnost je subjektivna ocena vsakega posameznika«,
- »Zdravniki premalo pojasnijo, tako potem MS vedno znova razlagamo o zdravstvenem stanju«,
- »Težava zaradi nespoštovanje dela drugega (vizita med ZN kljub prošnji, da počakajo)«,
- »uvedba enotnih smernic, pravil, sredstev za zagotavljanje zasebnosti v vseh bolnišnicah«,
- »zdravstveni delavci moramo upoštevati kodeks etike zdravstvenih delavcev«,
- »pomanjkanje predmetov in materialov za zagotavljanje zasebnosti, posebna soba (preiskovalna soba) za izvajanje posegov manjka, včasih si prepuščen improvizaciji«,
- »čedalje večji obseg dela in nalaganje večjih bremen nas včasih oddaljuje od pacienta in s tem tudi pozabljamo na zasebnost, predstavitev...«,
- »dostikrat pacienti med seboj debatirajo o razlogih zakaj so tam, in takrat vidiš da v nekih situacijah ni nič narobe, če ne zagotavljaš zasebnosti v popolnosti«,
- »v naši ustanovi nimamo dovolj primernih prostorov za popolno zagotavljanje zasebnosti.«,
- »strinjam se, da pa pogosto pozabljamo na to, kako se pacient počuti«,
- »čimprej zagotoviti zasebnost pri vseh zaposlenih, tudi zdravnikih. Veliko lahko naredimo brez dodatnega finančnega vložka.«,
- »zasebnost je težje izvedljiva, če ni za to ustreznih prostorov, materiala v primeru urgence ima hitrost ukrepanja prednost pred zasebnostjo, zasebnost je subjektivna ocena vsakega posameznika, lahko tudi pretiravanje s strani pacientov zaradi "nadstandardne" oskrbe oz. osebnostnih motenj«,
- »menim da ves kader na našem oddelku zavestno skuša omogočiti zasebnost kolikor razmere omogočajo oz. je izvedljivo.«,

- »zdravstveni delavci v večji meri delo rutinsko, utečeno in če bi samo pomislili, kako bi se oni/mi počutili , bi bilo drugače«,
- »verjamem, da se vsi zaposleni v zdravstveni negi zelo trudimo za zagotavljanje telesnega in osebnostnega dostojanstva naših hospitaliziranih bolnikov, vendar nam to vedno ne "uspeva" v takšni meri kot bi želeli, predvsem zaradi ekonomskega stanja (ustrezne opreme, prostori, deficit zaposlenih) naših ustanov«,
- »v zavesti vsakega zdravstvenega delavca bi moglo biti spoznanje; delaj tako, kot želiš, da bi drugi delali s tabo«,
- »čedalje večji obseg dela in nalaganje večjih bremen nas včasih oddaljuje od pacienta in s tem tudi pozabljamo na zasebnost, predstavitev...«.

3.5 RAZPRAVA

Rezultati raziskave Beach, et al. (2005), kjer so raziskovali tri pokazatelje pozitivnih izidov obravnave (zadovoljstvo, adherenco s terapijo, prejem optimalnega zdravstvenega varstva) so pokazali, da obstaja statistično pomembno večje zadovoljstvo pacientov takrat, ko so bili obravnavani z dostojanstvom in pa takrat, ko so bili vključeni v odločitve povezane z obravnavo. Obstaja veliko dokazov, da odnos osebja in njihov pristop vpliva na pacientovo zaznavanje dostojanstva in občutek, da je spoštovan kot posameznik (Pringle, et al., 2015; Johnston, et al., 2015).

Namen magistrskega dela je ugotoviti, v kolikšni meri se v času hospitalizacije odraslih pacientov zagotavlja telesno in osebnostno dostojanstvo, ter kako to zagotavljanje zasebnosti/odnosa dojemajo zaposleni v zdravstveni negi, fizioterapiji in medicini. V ta namen smo podatke zbirali v 5 slovenskih splošnih bolnišnicah in prišli do zanimivih rezultatov.

Zanimalo nas je, ali obstajajo pomembne razlike v mnenjih o zagotavljanju telesnega in osebnostnega dostojanstva pacientom glede na demografske značilnosti anketirancev. Ženske so se pogosteje oz. močnejše strinjale s trditvam, ki se nanašajo na faktorja osebna odgovornost zaposlenih in zasebnost pacientov, kot moški. Ženske so iz preteklosti prinesle svojo tradicionalno vlogo v življenju in njihova vloga kot medicinske sestre, (zdravnice in fizioterapevtke) je opredeljena tudi z vlogo ženske kot matere, skrbnice in nenazadnje negovalke. Ta mnenja izvirajo iz stereotipov o medicinskih sestrah kot ženskah, pripisuje se jim »ženske dolžnosti« kamor spada tudi večja oz. sama po sebi umevna senzibilnost (Goriup, et al., 2015). Iz tega vidika lahko rečemo, da je večja občutljivost ženske na počutje in dogajanje v življenju drugega človeškega bitja pričakovana in se ženske tako tudi vedejo.

Postavili smo hipotezo, da se zaposleni z daljšo delovno dobo statistično značilno bolj zavedajo pomena zagotavljanja telesnega in osebnostnega dostojanstva. Našli smo korelacijo med delovno dobo in faktorjem telesno dostojanstvo. Ta faktor pozitivno korelira s spremenljivkama 'Ko pacient pride v bolnišnico, se že v naprej odreče določenemu delu fizične zasebnosti' In 'Zdravstveni delavci imamo zaradi narave

svojega dela neomejen dostop v pacientov osebni prostor' si čimer se anketiranci toliko bolj strinjajo, kolikor daljša je njihova delovna doba. Ti dve trditvi, bi v svojem pomenskem bistvu lahko označili za negativni, kajti z njima se naj ne bi strinjali čimbolj, temveč čimmanj. Torej bi na ta način lahko rekli, da se s trajanjem delovne dobe senzibilnost za pacientovo zasebnost slabša in ne izboljšuje. Ali se zdravstveni delavci na nek način »sprijaznijo«, da tako mora biti? Pogovori in razprave na to temo, sestanki in izobraževanja v mešanih timih, bi lahko izboljšali to stanje. Rezultate sicer lahko primerjamo z raziskavo Ferkuljeve (2011), ki je ugotavljala, ali medicinske sestre med drugim menijo, da zagotavljajo spoštovanje pacientove pravice do zasebnosti, ki pa v svoji raziskavi ni našla razlik glede na dolžino delovne dobe.

Pri starosti in veroizpovedi mi nismo našli statistično pomembnih razlik. Edini podatek sicer vezan na veroizpoved in dostojanstvo smo našli v raziskavi Lešnik (2010), ki je v svoji raziskavi ugotovil, da 90% anketiranih pacientov meni, da so bili obravnavani enako kot drugi, ne glede na okoliščine, kot je npr. versko prepričanje, enako meni 94% anketiranih zdravstvenih delavcev v njegovi raziskavi. Nismo pa našli raziskave, ki se ukvarja z versko pripadnostjo izvajalcev zdravstvene obravnave. Več avtorjev pa se strinja in poudarja, da za spoštovanje dostojanstva pacienta ne sme biti razlik glede na pacientovo raso, starost, versko prepričanje, bolezen ali invalidnost, spol, politični, socialni ali ekonomski status (Manookian, et al., 2014; Lin, et al., 2013).

Nas je v naši raziskavi med drugim zanimalo tudi, koliko naj bi prezgodnje odstranjevanje zobne proteze, osebnega spodnjega perila npr. pred operacijo, preiskavo... posegalo v pacientovo telesno dostojanstvo. Baillie in Ilott (2010) se v svojem prispevku osredotočata na obravnavo pacientov v perioperativnem obdobju, kjer je veliko možnih razlogov za zmanjšano dostojanstvo. Ti razlogi so: pacientova telesa so izpostavljeni in »napadena« in glede na uporabo anestezije, sedacije pacienti predajo nadzor nad svojim telesom in situacijo popolnim tujcem. Avtorja se osredotočata na vsebine, kot so označevanje mesta operacije, uporaba bolniškega perila, odstranitev spodnjega perila, zobnih protez in nakita, ter tudi britja dlak oz. celo las, torej vidikov telesne priprave na področju kirurške dejavnosti. Te vsebine predvidoma niso velikokrat predmet razmišljanja oz. niso pogosto označene kot možni viri kršenja pravic do

dostojanstva pacienta, oz. izvajalci teh postopkov o tem ne razmišljajo v tem smislu. Kot motečo omenjata Baillie in Ilott (2010) tudi prakso pogovarjanja mimo pacienta, ki je anesteziran v lokalni anesteziji in torej spremlja dogajanje v operacijski sobi. Mi smo ugotovili, da so ženske bolj kot moški trdile, da to posega v telesno dostojanstvo. Je pa to trditev, ki ima nizko povprečno vrednost odgovorov, nižjo ima le trditev, da izvajanje pogostih invazivnih intervencij (npr. odvzem krvi,...) posega v pacientovo zasebnost. Predvidevamo, da je odvzem krvi tako »rutinska« intervencija in nujno potrebna za diagnostiko in torej v dobro pacienta, da ne razmišljamo o tem, da je obenem tudi grob, četudi s strani pacienta dovoljen poseg v telesno dostojanstvo. Ravno tako se smatra postopke, kot so odstranjevanje zobne proteze, osebne spodnjega perila... za nujne v pripravi pacienta na npr. operativni poseg in kot take ne zelo pomembne za zagotavljanje dostojanstva. Kaj za koga pomeni izraz prezgodnje, je težko reči, toda če pacient zobno protezo odda že v bolniški sobi, potem pa je brez nje celo pot do operacijske sobe, vmes pa odgovarja na vprašanja zdravstvenih delavcev, to vsekakor lahko doživi kot vidik, ki ogroža njegovo telesno in osebnostno dostojanstvo. Tega vidika se v skrbi, da se npr. zobna proteza ne bo izgubila in jo zato varno pospravimo na oddelku niti ne zavedamo. Ali pač in nam preprosto ni mar? Tudi Predikova (2010) ugotavlja, da odvzem obleke, slačenje v ambulanti ali bolniški sobi ob prisotnosti več ljudi, izpostavljanje intimnih delov telesa drugim, verbalna in neverbalna namigovanja na spremenjeno telesno podobo človeka razosebi in poniža. V naši raziskavi smo ugotovili, da se ta vidik zdi najpomembnejši diplomiranim medicinskim sestram.

Zanimalo nas je, ali obstajajo razlike med zaposlenimi različnih poklicnih skupin glede opozarjanja, če pri sodelavcu opazijo ravnanje, ki krši zasebnost. Sicer se je izkazalo, da se s tem, da je sodelavca potrebno opozoriti, če opazimo, da ne ravna v skladu z zagotavljanjem zasebnosti, diplomirane medicinske sestre bolj strinjajo kot ostali, vendar pa je strinjanje pri vseh poklicnih skupinah razveseljivo visoko. Tu lahko potegnemo vzporednico z ugotovitvami Heijkenskjöld Bredenhof, et al. (2010), ki v svoji raziskavi ugotavlja, da so tiste medicinske sestre, ki so paciente videle kot sočloveka in želele zaščititi njegovo dostojanstvo, ustavile druge medicinske sestre, če so opazile neetično ravnanje in s tem ščitile paciente. Pacienta upoštevajo, oz. vidijo kot sočloveka, prijatelja, posameznika s svojo osebno zgodovino in imajo pogum, da vidijo

kdaj je pacientovo dostojanstvo kršeno, četudi je to nekaj česar ne želijo videti, ker se ob tem počutijo slabo. V slovenski raziskavi je Ferkulj (2011) ugotovila, da se kažejo statistično pomembne razlike v poznavanju pravice pacientov do zasebnosti in pa v postavkah osebna predstavitev pacientu, privolitev dovoljenja za prisotnost drugih ob izvajanju negovalnih intervencij glede na stopnjo izobrazbe anketiranih (anketirani samo iz poklicev v zdravstveni negi). Ferkuljeva (2011, p. 116) ugotavlja tudi, da medicinske sestre ne zagotavljajo spoštovanja pacientove pravice do zasebnosti v tolikšni meri, kot bi si želeli in je z zakoni predpisano. Pacientove pravice se kršijo na mnogih področjih. Nekateri zdravstveni delavci jih kršijo kljub temu, da jih poznajo in se tega zavedajo. V naši raziskavi smo našli statistično pomembno razliko v mnenjih o zagotavljanju zasebnosti med zaposlenimi različnih poklicnih skupin. Mnenje pri faktorju zasebnost je najvišje pri diplomiranih medicinskih sestrah, ter visoko pri zdravstvenih tehnikih / srednjih medicinskih sestrah.

Ugotovili smo tudi, da diplomirane medicinske sestre statistično pomembno pogosteje kot v ostalih poklicnih skupinah trdijo, da jim je zelo neprijetno ob razgaljanju pacientovega telesa. Diplomirane medicinske sestre tudi bolj kot ostali menijo da dogodki, kot so: »Pogovarjanje o osebnih podatkih pacienta pred ostalimi zaposlenimi, ki s pacientom nimajo direktnega stika« in »Prezgodnje odstranjevanje zobne proteze, osebne spodnjega perila npr. pred operacijo, preiskavo... posegajo v pacientovo zasebnost. Diplomiranim medicinskim sestram se tudi bolj kot drugim zdi pomembno »zagotavljanje zasebnosti verskih ritualov«, ter »možnost izvajanja aktivnosti kjer se razgali telo (osebna higiena...) brez prisotnosti osebja, ki ni nujno potrebno za izvedbo«. Ali lahko to razlike pripišemo izobraževalnim vsebinam v času šolanja? Menimo, da vsaj deloma da. Po pregledu predmetnikov študija medicine in fizioterapije lahko ugotovimo, da so vsebine s področja etike skromno zastopane oz. jih ne zasledimo (Zdravstvena fakulteta, 2015; Medicinska fakulteta, 2015; Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, n.d.). Ne trdimo, da vsebine o spoštovanju, zagotavljanju in ohranjanju dostojanstva, spoštovanju zasebnosti in etični drži niso vključene v izobraževalne vsebine, vendar bi lahko sklepali, da se tem področjem v času izobraževanja namenja premalo poudarka. Vsekakor pa se razmišljanje in izobraževanje o zagotavljanju dostojanstva ne sme končati s koncem formalnega izobraževanja.

Papastravrou et al., (2016) ugotavlja, kako nujno je, da se kurikulum izobraževanja medicinskih sester oblikuje tako, da spodbuja in promovira spoštovanje pacientovega dostojanstva, mi pa dodajamo, da je to nujno pri vseh poklicih v zdravstvu.

Našli smo statistično pomembne razlike v uporabi pripomočkov oz. v intervencijah za zagotavljanje telesnega dostojanstva pacientom glede na pripadnost različnim poklicnim skupinam. Največkrat jih uporabljajo zdravstveni tehniki / srednje medicinske sestre. Tudi pri diplomiranih medicinskih sestrah je povprečna vrednost visoka, nato pri zdravnikih in fizioterapevtih pade. Zdravstveni tehniki/srednje medicinske sestre pogosteje uporabljajo pripomočke oz. intervencije za zagotavljanje zasebnosti kot so: nameščanje opozorila »Prosim ne vstopajte« na vrata, pogosteje prosijo, naj se ostali pacienti v bolniški sobi diskretno obrnejo stran ali zapustijo sobo, pogosteje prosijo, naj obiskovalci zapustijo bolniško sobo, kot zaposleni v drugih poklicnih skupinah. To se navezuje na delovne obveznosti, kajti oni izvajajo največ intervencij v pacientovem prostoru, ki ga definiramo kot intimno razdaljo in vanjo spustimo malo in samo nam posebej pomembne ljudi. Vendar pa tudi zaposleni drugih poklicnih skupin dnevno izvajajo aktivnosti / intervencije v tem istem intimnem prostoru pacientov, zaradi česar bi morali pomisliti in upoštevati vsaj nekaj možnosti, ki jih imajo za zagotavljanje telesnega dostojanstva. Jeršin (2015) v svoji raziskavi ugotavlja, da anketiranci menijo da spoštujejo pacientovo dostojanstvo z: zagotavljanjem zasebnosti (89,3%), z naslavljanjem pacienta gospod/gospa (89,3%), ter da se z njim pogovorijo in mu prisluhnejo (87,2%). Rezultati niso predstavljeni tako, da bi omogočali primerjavo po poklicnih skupinah. Ravno tako ugotavlja, da 91,4% anketirancev med izvajanjem postopkov zapre vrata bolniške sobe, 84% jih zagrne zavese, 27,6% pa uporabi paravan. Ferri, et al., (2015) so izvedli raziskavo, kjer so o izvajanju intervencij za zagotavljanje dostojanstva povprašali paciente. Ugotovili so npr., da medicinske sestre vrata zapirajo v 66%, da so zagotavljale zasebnost telesa z npr. uporabo odeje ali drugimi načini v 46 - 74%. To so vidiki zagotavljanje telesnega dostojanstva, kjer z minimalnim finančnim, časovnim... vložkom lahko še veliko izboljšamo. Preprečevanje razgaljanja telesa, kjer je to mogoče se smatra za pomemben vidik dostojanstva. Potrebujemo le zavedanje o pomenu teh vidikov za podpiranje dostojanstva pacienta.

Zanimale so nas tudi razlike v trditvah o zagotavljanju telesnega in osebnostnega dostojanstva pacientom ter v uporabi pripomočkov oz. intervencij za zagotavljanje telesnega dostojanstva glede na ustanovo zaposlitve. Našli smo razlike v mnenjih med različnimi ustanovami in to pri faktorju zasebnost pacientov in faktorju osebna odgovornost. S tem faktorjem se najbolj strinjajo v ustanovi 1, kjer se tudi najbolj strinjajo s trditvama »Pred izvedbo intervencije pri pacientu je potrebno pridobiti njegovo dovoljenje za prisotnost specializanta, študenta, dijaka« in »Pacient lahko odkloni poseg v telo, mi pa ga moramo seznaniti z morebitnimi posledicami.« Rubrika o dovoljenju za prisotnost specializanta, študenta ali dijaka ter informiranje o odklonitvi posega v telo je del obrazca Privolitvev / zavrnitev v zdravstveno oskrbo, ki ga pacienti podpišejo ob sprejemu v bolnišnico. Ta obrazec je obvezen za vse zdravstvene ustanove, osnova za vsebino pa je povzeta po Zakonu o pacientovih pravicah (20. člen). Na ta način se z vidikom pacientovega soglasja in prisotnosti osebja pri intervencijah srečujejo vsi zaposleni. Zakaj torej razlike? Marinič (2012) meni, da je za zagotavljanje zasebnosti tudi to (odsotnost oseb, ki posega ne opravljajo) zelo pomembno, nismo pa našli raziskav, ki bi eksplicitno navajala vidik preveč osebja. Vendar veliko prisotnih oseb avtomatično lahko pomeni slabši občutek avtonomije, večje razgaljanje telesa, ter osebnih podatkov, kar pa več avtorjev (Lin, et al., 2011; Lin, et al., 2013) poudarja kot izredno pomembne pri zagotavljanju zasebnosti in dostojanstva pacientu. Ferkulj (2011) v svoji raziskavi ugotavlja, da 86% anketiranih delavcev v zdravstveni negi UKC Ljubljana meni, da pravico do zasebnosti opredeljuje zaščita pacientove intimnosti. 78% anketiranih trdi, da pri pogovoru s pacientom, med vizito in pri posegih vedno oz. pogosto zagotovijo zasebnost. Vedno oz. pogosto pred nezaželenimi pogledi pacienta zaščititi 87% anketirancev, ostali včasih ali redko. Vedno oz. pogosto pred intervencijo v zdravstveni negi pridobi od pacienta dovoljenje 78% anketirancev, ostali včasih ali redko. Pacientovo dovoljenje za prisotnost drugih oseb, ki niso nujno pomembne pri izvajanju posegov in postopkov v zdravstveni negi vedno oz. pogosto pridobi 59% anketirancev, ostali včasih ali redko.

Ravno tako smo našli razlike v uporabi pripomočkov in intervencij za zagotavljanje telesnega dostojanstva glede na ustanovo zaposlitve. Uporabo paravana/zavese, nameščanje opozorila »Prosimo ne vstopajte« na vrata najpogosteje uporabljajo v

ustanovi 1. Uporaba paravanov/ zaves in pa opozoril na vratih je izrazito nizka v ustanovi 3, kjer smo naknadno izvedeli, da te možnosti na vseh oddelkih ni. Je pa vedno možno zapreti vrata bolniške sobe. Možnosti, ki so bile v vprašalniku navedene, niso niti drage, niti zahtevne, niti časovno potrošne. Vsebine, ki se dotikajo uporabe fizičnih pripomočkov oz. intervencij, ki podpirajo zasebnost bi morale biti stalna vsebina oddelčnih, multidisciplinarnih oz. timskih sestankov. Glede tega področja (pripomočkov oz. intervencij za zagotavljanje zasebnosti) v odprtih vprašanjih (kjer je bilo možno dopisati mnenje) ni bilo nobenega posebnega komentarja. Beckstrand, et al. (2012) tako kot mi ugotavlja, da so eden od izzivov za ohranjanje dostojanstva slabi (lahko rečemo tudi zastareli) ifrastrukturni pogoji ustanov / prostorov. Ravno tako je izziv tudi sama organizacija oz. dostopnost do zdravstvenih uslug, v njihovem primeru do urgentnih oddelkov v oddaljenih krajih, vendar menimo, da podobne ugotovitve lahko prevedemo tudi v slovenski prostor. Stanje v posameznih bolnišnicah v Sloveniji je težko tako podrobno poznati, da bi lahko sodili kaj so vzroki za razlike. Smo pa te razlike, ki so statistično pomembne našli in bodo v pomoč vodstvom posameznih bolnišnic pri dogovorih in organiziranju aktivnosti, ki bodo zagotavljale zasebnost in dostojanstvo pacientom.

Razlike, ki smo jih našli med zaposlenimi glede na delovišče, sicer lahko pripišemo sami naravi dela, vendar so verjetno poleg razlik v naravi dela na oddelkih razlike tudi med posameznimi ustanovami. Literature, ki bi raziskovala razlike med delovišči nismo našli, razlik tudi ne moremo v polnosti razložiti, vendar bodo v pomoč vodstvom posameznih bolnišnic pri dogovorih in organiziranju aktivnosti, ki bodo zagotavljale zasebnost in dostojanstvo pacientom. V italijanski splošni bolnišnici so o percepciji zagotavljanja dostojanstva povprašali paciente. Analizirali so tri sklope, enega o teh so poimenovali fizična zasebnost (kar lahko primerjamo z našim telesnim dostojanstvom). Ugotovili so, da so se pacienti v 68,6% pozitivno opredelili do zagotavljanja telesnega dostojanstva. Ostala dva vidika, ki ju mi lahko primerjamo z vidikom zagotavljanja osebnostnega dostojanstva sta bila ravno tako visoko pozitivna (informiranost in avtonomnost – 59%, spoštljiv odnos med medicinsko sestro in pacientom – 69%). Njihov zaključek je, da se med hospitalizacijo na internih in kirurških oddelkih splošne

bolnišnice precej, vendar ne popolnoma zagotavlja dostojanstvo, kot ga pričakujejo pacienti (Ferri, et al., 2015).

Sicer raziskave, ki bi raziskovala mnenja zaposlenih v zdravstvu v odnosu na lastno izkušnjo hospitalizacije nismo našli, smo pa predvidevali, da je senzibilizacija na dogodke, ki kršijo zasebnost, posebej telesno, večja pri posameznikih z lastno izkušnjo hospitalizacije. V vlogi pacienta se bolj zavedamo bolnišničnega okolja, obnašanja zaposlenih in pa odnosov, ki se v takih situacijah odvijajo. Ugotovili smo, da je bila pogostejša uporaba paravana/zavese, nameščanje opozorila »Prosimo ne vstopajte« na vrata ter obveščanje pacienta o tem, kaj se bo z njim dogajalo med posameznimi intervencijami. Presenetljivo je, da razlik med skupinama pri faktorju zasebnost pacientov in telesno dostojanstvo nismo mogli dokazati, kajti pričakovali smo jo. Žal podobnih raziskav, ki bi nam omogočale primerjavo rezultatov nismo našli.

Tisti z lastno izkušnjo hospitalizacije so tudi pogosteje navedli, da pacienta zaščitijo pred neželenimi pogledi. Lastne izkušnje sicer imajo vpliv na vedenje posameznikov, vendar le varovanje pred pogledi drugih zasebnosti ne varuje v celoti. Pacienti so v raziskavi, ki sta jo izvedla Whitehead in Wheeler, (2008b) izrazili skrb, da bi razgovori o njih (npr. predaja službe ob postelji) lahko bili slišani od drugih in da to močno posega v njihovo pravico do zasebnosti in spoštovanja. Četudi zaslони (paravani) in zavese zagotavljajo vizualno zasebnost, pa ne zagotavljajo zvočne in kot taki niso najboljša rešitev (avtorji ne ponujajo druge fizične rešitve). Težave s infrastrukturnimi pogoji imajo vse bolnišnice, saj so sobe z eno posteljo bolj redkost kot pravilo. Zato kot pomembno tako Whitehead in Wheeler (2008b) kot mi poudarjamo stalno izobraževanje zaposlenih o ravnanju z občutljivimi osebnimi podatki in upoštevanje kodeksov etike pri vseh poklicnih skupinah.

Med drugim nas je zanimalo tudi, kako anketiranci na splošno ocenjujejo vse svoje sodelavce, kako pacientom zagotoviti telesno zasebnost (splošna ocena sodelavcev). Splošno mnenje anketirancev o njihovih sodelavcih glede zagotavljanja telesne zasebnosti je dobro. Se pa to mnenje glede na ustanovo in na pripadnost poklicni skupini pomembno razlikuje. Avtor Buckingham (2015) govori o tako imenovanem

Idiosyncratic Rater Effect (idiosyncratic = a mode of behavior or way of thought peculiar to an individual – vedenje, ki je specifično za posameznika, čudaštvo), s katerim lahko pojasnimo te rezultate. Razlaga, da je velik del (v povprečju 61%) mnenja o drugem pravzaprav refleksija mnenja o samem sebi. Z drugimi besedami, ko ocenjujemo druge, pravzaprav bolj govorimo o sebi kot o drugih. In nihče sebe ne želi oceniti preslabo. Ne želimo trditi, da naši podatki ne držijo ali da je realnost slabša in spoštovanje zasebnosti manjše kot kažejo podatki. Želimo poudariti, da je v tej oceni sodelavcev lahko skrita velika variacija, v kateri se odražajo specifike anketiranca, zato je jih potrebno sprejemati s previdnostjo.

Ugotovili smo, da se zdravstveni tehniki/srednje medicinske sestre statistično značilno pogosteje ob odpustu od pacienta poslovijo, kar je pričakovano, saj imajo ponavadi zadnji stik s pacientom preden ta zapusti bolniški oddelek, ter statistično značilno pogosteje menijo, da pacienta zaščitijo pred neželenimi pogledi. Zdravniki pogosteje navajajo, da se ob odpustu s pacientom rokujejo. Fizioterapevti pa pogosteje kot zaposleni drugih poklicnih skupin navajajo, da se pacientu ob prvem stiku predstavijo z imenom in poklicem ter funkcijo. Predvidevamo, da te navade izhajajo iz narave dela na bolniških oddelkih. Fizioterapevti so na oddelkih in ob pacientih občasno, po naročilu zdravnika in glede na njihovo naravo dela je razumljivo, da se pred začetkom fizioterapije pri pacientu predstavijo in opišejo namen svojega obiska.

Lešnik (2010) je v svoji raziskavi ugotovil, da se 62% anketiranim pacientom zdravstveni delavec ni predstavil, ostalim se je predstavil v različnih kombinacijah podatkov (samo ime, samo izobrazba...). Naša trditev v vprašalniku« Pacientu se ob prvem stiku predstavim z imenom in poklicem, funkcijo» ne predvideva predstavitve na napačen/manj primeren način, lahko pa predvidevamo, da je v tem deležu tistih, ki so se predstavili, veliko takih, ki so se predstavili neprimerno. Lešnik (2010) je ugotovil, da se pacientom ne predstavi 31% anketiranih zdravstvenih delavcev, pri nas se je za nikoli oz. redko opredelilo 61 oseb, kar predstavlja 22,8%.

Ferkulj (2011) v svoji raziskavi ugotavlja, da se pacientom ne predstavi 4% anketiranih, ostali navajajo, da se predstavijo vendar z različnimi kombinacijami imena, priimka, izobrazbe in svoje vloge v obravnavi, s tem, da se jih največ od teh predstavlja le z

osebnim imenom in sicer 37%. Zdravstveni delavci so obvezani nositi identifikacijske priponke, po izkušnjah iz prakse lahko trdimo, da se podatkov iz le teh velikokrat na da prebrati, oz. se jih razbere zelo težko. Nepredstavljanje zdravstvenih delavcev pacientom pomeni kršitev zakonskih določil (ZPacP, 3 odstavek 23 člena). Glede na rezultate naše raziskave bi želeli, da se osnovna kultura predstavljanja sočloveku vzpostavi v večji meri, saj imajo pacienti pravico vedeti, kdo za njih skrbi.

Večina (67,4%) anketiranih v naši raziskavi smatra, da imajo zadosti znanja glede zagotavljanja telesne zasebnosti pacientom, le manjši delež (27,3%) pa meni, da bi potrebovali dopolnitev, oz. osvežitev znanj. Jernejšek (2015) v svoji raziskavi v URI Soča pa ugotavlja, da se 86,7% anketirancev strinja oz. popolnoma strinja s trditvijo, da imajo dovolj teoretičnega znanja. 96,7% anketirancev se strinja oz. popolnoma strinja s trditvijo, da imajo dovolj praktičnega znanja. Predvidevamo da so razlike nastale zato, ker so v raziskavi Jernejšek sodelovali le zaposleni v zdravstveni negi, vzorec pa je obsegal 60 oseb.

Na koncu anketnega vprašalnika smo postavili dve odprti vprašanji in sicer o izkušnjah in rešitvah za zagotavljanje zasebnosti, oz. o dilemah in težavah s katerimi se srečujejo v kliničnem okolju glede zagotavljanja zasebnosti in o komentarjih, pripombah, mnenjih glede zagotavljanja telesne zasebnosti pacientu.

Velika večina anketirancev je kot glaven problem izpostavila infraskruturne pomanjkljivosti, kot so pomanjkanje prostora oz. prostorska stiska (sobe s preveč posteljami, prepolne sobe, pomanjkanje prostora za intervencije, pomanjkanje prostora za sporočanje slabe novice) ali pa neprimerni prostori. Pogosto so kot težavo oz. oviro izpostavljali tudi pomanjkanje pripomočkov (premalo zaves v sobah, paravanov...), Tako je bilo veliko predlogov za izboljšanje zasebnosti vezanih na infrastrukturne izboljšave in nakup novih pripomočkov. Izpostavljali so tudi število kadra (veliko število zaposlenih / dijakov / študentov v sobi, skupne vizite...) ki se naenkrat vključuje v delovni proces. Precej redkeje kot smo pričakovali, se je izpostavilo pomanjkanje časa (tri navedbe), prehitro izvajanje intervencij, sistemska neorganiziranost ter npr. visoka frekventnost pregledov. Vse to zaobjema mnenje enega izmed anketirancev: »verjamem, da se vsi zaposleni v zdravstveni negi zelo trudimo za zagotavljanje

telesnega in osebnostnega dostojanstva naših hospitaliziranih bolnikov, vendar nam to vedno ne "uspeva" v takšni meri kot bi želeli, predvsem zaradi ekonomskega stanja (ustrezne opreme, prostori, deficit zaposlenih) naših ustanov.« Nekaj navedb se je nanašalo še na preveliko število obiskovalcev oz. takih, ki ne upoštevajo dovoljenih ur oz. trajanja obiskov, ter vstopanje v bolniške sobe kljub opozorilu na vratih (to se verjetno ne nanaša samo na obiskovalce, ampak tudi na druge zdravstvene sodelavce, čistilke...) Enkrat so omenjeni tudi odnosi, kjer je težava nespoštovanje dela drugega (vizita med zdravstveno nego kljub prošnji, da zdravniki počakajo).

Iz raziskave Ferkulj (2011) je ravno tako razbrati, da se medicinske sestre največkrat izgovarjajo na prenatrpanost bolniških sob, preobremenjenost, pomanjkanje časa in osebja. Pripombe se nanašajo tudi na prostorsko urejenost / neurejenost in pomanjkanje pripomočkov, s katerimi bi lahko improvizirali in pacientu v danih okoliščinah zagotovili kanček prepotrebne zasebnosti in spoštovanje njegovega dostojanstva. Nasmeh, stisk roke in topla beseda ne stanejo nič, nekomu pa lahko olajšajo stisko in preženejo strah.

V raziskavi, ki jo je leta 2010 v UKC Maribor izvedla Predikova je med 100 anketiranimi pacienti samo 23% takšnih, ki so kot odgovor na vprašanje »Kako lahko zdravstveni tim spoštuje vaše dostojanstvo?«, navedli zagotavljanje zasebnosti. Najpogosteje izbran odgovor je bil »prisluhne mojim težavam« (60%). V času hospitalizacije se je kot enakovrednega partnerja v obravnavi čutilo 52% anketiranih pacientov. 33% pacientov je navedlo, da v času hospitalizacije deloma izgubijo identiteto, 9% pa je navedlo, da jo izgubijo v popolnosti. Zaščita pred nezaželenimi pogledi je opisana na način, ki ne omogoča primerjave. V skupini anketirancev sestavljeni iz zdravstvenega osebja, je spoštovanje pacientovega dostojanstva z zagotavljanjem zasebnosti opredelilo 14% anketiranih, 87% jih meni, da v času zdravstvene obravnave ohranjajo pacientovo identiteto, 10% jih meni, da to storijo le deloma. Nadaljnja razlaga ni podana. V kvalitativnem delu raziskave Predikova ugotavlja, da podkategorija zagotavljanje zasebnosti vsebuje dejansko zasebnost pri pogovoru, upoštevanje individualnosti in intimnosti. Na ta segment vplivajo tako objektivne okoliščine kot infrastruktura (npr. večposteljne sobe).

Omejitve: Vsekakor bi za posplošenje trditev na celotni slovenski prostor potrebovali večji vzorec respondentov. Samo zbiranje podatkov je trajalo tri mesece, odzivnost je bila manjša kot smo želeli in pričakovali. Odgovor na prošnjo za izvajanje raziskave je bil velikokrat, da so zaposleni že preobremenjeni z anketiranjem za druge potrebe, oz. da vodstvo bolj podpira raziskovanje raziskovalcev, ki izhajajo iz lokalnega območja (lokalne fakultete...). Če pogledamo število respondentov po poklicnih skupinah, vidimo zelo majhno število sodelujočih medicinskih sester, sploh glede na to, da je ta trenutek v Sloveniji več kot 13.000 tehnikov zdravstvene nege / srednjih medicinskih sester ter več kot 5.500 višjih oz. diplomiranih medicinskih sester. Smo pa kljub temu glede na razpršeno lokacijo ustanov, katerih zaposleni so v anketiranju sodelovali, dobili, upamo reči, vsaj delno sliko o dostojanstvu v zdravstveni obravnavi v slovenskem prostoru. Vzorec anketirancev je bil izbran priložnostno, zato obstaja manjša verjetnost veljavnosti posploševanja.

Kvantitativna paradigma raziskovanja, ki smo jo uporabili mi, je glede na vsebino raziskovanja težko toliko napredna, da zajame vse specifične, velikokrat intenzivno osebne note ter vprašanja oz. dileme, ki so pomembne za paciente oz. njihovo dostojanstvo. Ravno tako vidimo omejitve te raziskave v zelo različni uporabi izrazov, saj tako tuji kot slovenski avtorji uporabljajo mnogovrstne izraze, ki se prepletajo, ne ločujejo natančno in jih je težko ločiti. Tako se na primer zasebnost v različnih virih uporablja kot opis telesne, informacijske in tudi druge zasebnosti, ravno tako ima izraz dostojanstvo veliko opisov. Posledično smo imeli tudi mi težave z opredeljevanjem pojmov.

4 ZAKLJUČEK

Končni cilj magistrske naloge je bil priti do spoznanj, na podlagi katerih se bodo zaposleni bolj ciljno in kontinuirano izobraževali in informirali glede zagotavljanja telesnega in osebnostnega dostojanstva pacientom ter osveščali paciente glede njihovih pravic v času hospitalizacije. Izpostavili bi komentar enega od anketirancev, ki je kot izboljšavo predlagal: »uvedba enotnih smernic, pravil, sredstev za zagotavljanje zasebnosti v vseh bolnišnicah«. Ta komentar lahko razumemo kot mnenje, da potrebujemo zakonodajno ureditev ali kodeks etike, toda pravila delovanja v takem smislu že obstajajo. Lahko pa ta komentar razumemo, kot mnenje, da potrebujemo standard dela (kako, kdaj in na kakšen način) za zagotavljanje zasebnosti in dostojanstva. V tem primeru smo mnenja, da je to notranji etični vzgib vsakega posameznika (laika in še bolj profesionalca) in kot tak ne potrebuje napisanih pravil.

Pacienti v času hospitalizacije želijo obdržati občutek dostojanstva in spoštovanja in pričakujejo ustrezno strokovnost s strani zdravstvenega osebja, ki zanje skrbi v času zdravstvene obravnave. Pravica do vseh vidikov dostojanstva je v zdravstveni obravnavi še toliko bolj pomembna, saj se odvija v posebnih okoliščinah, kjer je le to lahko hitro ogroženo, kajti srečujemo se z ranljivim posameznikom in vsemi njegovimi upanji, strahovi, trpljenjem in bolečino.

V zaključku bi posebej izpostavili izjavo enega od anketirancev: »dostikrat pacienti med seboj debatirajo o razlogih zakaj so tam, in takrat vidiš, da v nekih situacijah ni nič narobe, če ne zagotavljaš zasebnosti v popolnosti« (komentar zaposlenega na fizioterapiji), s katerem se izrazito ne strinjamo. Pacient sam odloča o informacijah vezanih nanj (in ravno tako o svojem telesu), vendar nam to nikakor samo po sebi ne daje dovoljenja, da lahko ohlapno razumemo svojo dolžnost zagotavljanja popolnega osebnega, telesnega in na splošno kakršnega koli dostojanstva pacientom.

Vendar pa smo pridobili tudi izjave kot ti dve, ki sta primer pozitivnega in proaktivnega razmišljanja o spoštovanju pacientov in njihove zasebnosti in sicer: »v zavesti vsakega zdravstvenega delavca bi moralo biti spoznanje; delaj tako, kot želiš, da bi drugi delali s

tabo« in »zdravstveni delavci v večji meri delajo rutinsko, utečeno in če bi samo pomislili, kako bi se oni/mi počutili, bi bilo drugače.«, ter razmišljanje v smislu »čedalje večji obseg dela in nalaganje večjih bremen nas včasih oddaljuje od pacienta in s tem tudi pozabljamo na zasebnost, predstavitev«, ki kaže, da slovenski zdravstveni delavci razmišljajo o dostojanstvu pacientov in kljub oviram ostajajo pozitivni.

Kljub temu rezultati raziskave kažejo, da so na področju zagotavljanja dostojanstva in zasebnosti pacientom potrebne spremembe.

Predlogi sprememb so:

- organizirana predavanja s področja etike, komunikacije in zakonodaje, ki naj se je udeležijo zaposleni vseh treh poklicnih skupin, najbolje v mešanih skupinah, kar se tako izboljša povezanost in medsebojno razumevanje, z izobraževanjem kadra predvsem ciljamo na njihovo senzibilizacijo za trenutke, ko so možne kršitve zasebnosti pacientov in je potrebno zagotavljati dostojanstvo,
- načrtovati in pri prenovah upoštevati pripravo prostora (prostorov) za pogovor s pacienti in svojci, ki bo zagotavljal zasebnost v komunikaciji,
- poudarjati pomen zagotavljanja telesne zasebnosti na manjših, oddelčnih sestankih, najbolje s člani multidisciplonarnih timov, kjer naj teče pogovor o praktičnih rešitvah na oddelkih,
- izvajati strokovne nadzore nad spoštovanjem pacientovih pravic do zasebnosti ločeno od drugih nadzorov,
- skrbeti za primerne delovne pogoje oz. omogočiti uporabo pripomočkov (zavese, premični paravani...), kjer so ti deficitarni.

5 LITERATURA

Anderberg, P., Lepp, M., Berglund, A.L. & Segesten, K. 2007. Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 59(6), pp. 635–643.

Akyüz, E. & Erdemir, F., 2013. Surgical patients 'and nurses' opinions and expectations about privacy in care. *Nursing ethics* 20(6), pp. 660-671.

Beckstrand. R.L., Giles, V.C., Luthy, K.E., Callister, L.C. & Heaston, S., 2012. The last frontier: rural emergency nurses' perceptions of end-of-life care obstacles. *Journal Of Emergency Nursing* 38(5), pp. 15-25.

Baillie, L., 2008. Mixed-sex wards and patient dignity: nurses' and patients' perspectives. *British Journal of Nursing* 17(19), pp. 1220-1225.

Baillie, L. & Ilott, L., 2010. Promoting the dignity of patients in perioperative practice. *Journal of Prioperative Practice* 20(8), pp. 278-282.

Baillie, L. & Gallagher, A., 2012. Raising awareness of patient dignity. *Nursing Standard* 27(5), pp. 44-49.

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

Birrell, J., Thomas, D. & Jones, C.A., 2006. Promoting privacy and dignity for older patients in hospital. *Nursing Standard* 20(18), pp. 41-46.

Buckingham, M., n.d. *Most HR data is bad data*. [online] Available at: <https://hbr.org/2015/02/most-hr-data-is-bad-data> [Accessed 23 June 2015].

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

Chochinov, H.M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L.J., McClement, S. & Harlos, M., 2002. Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. *The Lancet* 360(9350), pp. 2026-2030.

Douglas, C.H. & Douglas, M.R., 2004. Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective. *Health expectations* 7(1), pp. 61-73.

Dwyer, L., Andershed, B., Nordenfelt, L. & Ternstedt, B., 2009. Dignity as experienced by nursing home staff. *International Journal of Older People Nursing* 4(3), pp. 185–193.

Edlund, M., Lindwall, L., von Post, I. & Lindström, U.A., 2013. Concept determination of human dignity. *Nursing ethic*, 20(8), pp. 851-860.

Evropska konvencija o varstvu človekovih pravic, 2010. [pdf] Evropsko sodišče za človekove pravice, Council of Europe. Available at: http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_SLV.pdf [Accessed 23 May 2016]

Ferri, P., Muzzalupo, J. & Di Lorenzo, R., 2015. Patients' perception of dignity in an Italian general hospital: a cross – sectional analysis. *BMC Health Services Research* 15(41), pp. 1-8.

Ferkulj, S., 2011. *Pravica pacienta do zasebnosti v zdravstveni obravnavi: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede. [pdf] Available at: <http://dkum.uni-mb.si/Dokument.php?id=26271> [Accessed 28 March 2012].

Flis, V., 2006. Evropske smernice o Zaupnosti in zasebnosti v zdravstvenem varstvu. *ISIS* 15(11), pp. 38-40.

Gallagher, A., 2011. Editorial: what do we know about dignity in care? *Nursing Ethics* 18(4), pp. 471-473.

Goriup, J. & Kodrič, K., 2015. *Stereotypes and nurses. Gender, law and institutuon. UNESCO chair in gender equality and women's empoverment*. Nicosia: University of Cyprus, pp. 65-82.

Griffin-Heslin, V.L., 2005. An analysis of the concept of dignity. *Accident and Emergency Nursing* 13(4), pp. 251-257.

Hall, S., Dodd, R.H. & Higginson, I.J., 2014. Maintaining dignity for residents of care homes: A qualitative study of the views of care home staff, community nurses, residents and their families. *Geriatric Nursing* 35(1), pp. 55-60.

Heijkenskjöld Bredenhof, K., Ekstedt, M. & Lindwall, L., 2010. The patient's dignity from the nurse's perspective. *Nursing Ethics* 17(3), pp. 313-324.

Jacobson, N., 2009a. A taxonomy of dignity: a grounded theory study. *BMC International Health & Human Rights* 9(3), pp. 1-9.

Jacobson, N., 2009b. Dignity violation in healthcare. *Qualitative Health Research* 19(11), pp. 1536-1547.

Janežič, K. & Klemenčič, S., 2010. Spoštovanje človekove osebnosti in dostojanstva v zdravstveni negi. In: M. Berkopec, ed. *Vrednote v zdravstveni negi, 2. dnevi Marije Tomšič, Novo mesto, 21. in 22. januar 2010*. Novo mesto: Splošna bolnišnica : Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov : Visoka šola za zdravstvo, pp. 153-156.

Jernejšek, A., 2015. *Skrb za zasebnost pacientov med teorijo in prakso: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice. Available at: http://mail.fzj.si/diplomskadela/2015/Jernejsek_Ana.pdf . [Accessed 10 June 2016].

Jeršin, K., 2015. *Zaščita pacientovega dostojanstva ob izvajanju aktivnosti onkološke zdravstvene nege v očeh zdravstvenih delavcev: diplomsko delo*. Jesenice: Fakulteta za zdravstvo Jesenice. Available at: http://mail.fzj.si/diplomskadela/2015/Jersin_Katja.pdf. [Accessed 10 June 2016].

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. *BMC Palliative Care* 14(9), pp. 1-14.

Kodeks etike fizioterapevtov Slovenije, 2002. Uradni list Republike Slovenije, št. 6.

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

Kodeks medicinske deontologije Slovenije, 1997. S. 1.: Zdravniška zbornica Slovenije. [pdf] Available at: <http://www.zdravniskazbornica.si/zzs.asp?FolderId=386> [Accessed 19 January 2015].

Lees, A.B. & Godbold, R., 2012. To tell or not to tell? Physiotherapy students' responses to breaking patient confidentiality. *New Zealand Journal of Physiotherapy* 40(2), pp. 59-63.

Lemonidou, C., Leino-Kilpi, H., Välimäki M., Dassen, T., Gasull, M., Scott, P.A., Merkouris, A., Arndt, M. & Kaljonen, A., 2003. Privacy in surgical nursing care: a comparative study of patients' and nurses' perceptions. *Journal of Advanced Perioperative Care* 1(4), pp. 113-122.

Lesar, Y., 2008. Komunikacija – ključni dejavnik varne in učinkovite perioperativne zdravstvene nege. In: M. Rebernik Milić, ed. *Vseživljenjsko izobraževanje, zbornik XXIV. 21 in 22 november 2008*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov

Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, pp. 42-62.

Lešnik, A., 2010. *Pacientove pravice in njihova aplikacija v prakso: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede. [pdf] Available at: file:///C:/Users/MatejaBahun/Downloads/MAG_Lesnik_Amadeus_i2010.pdf [Accessed 28 March 2012].

Levinson, W., Lesser, C.S. & Epstein, R.M., 2010. Developing Physician Communication Skills For Patient-Centered Care. *Health Affairs* 29(7), pp. 1310-1318.

Li, H.C., Richardson, A., Speck, P. & Armes, J., 2014. Conceptualizations of dignity at the end of life: exploring theoretical and cultural congruence with dignity therapy, *Journal of Advanced Nursing* 70(12), pp. 2920–2931.

Lin, Y.P., Tsai, Y.F. & Chen, H.F., 2011. Dignity in care in the hospital setting from patients' perspectives in taiwan: a descriptive qualitative study. *Journal of Clinical Nursing* 20(5/6), pp. 794-801.

Lin, Y.P., Watson, R. & Tsai, Y.F., 2013. Dignity in care in the clinical setting: a narrative review. *Nursing Ethics* 20(2), pp. 168-177.

Lothian, K. & Philip, I., 2001. Care of older people: maintaining the dignity and autonomy of older people in the healthcare setting. *The BMJ* 322(7287), pp. 668-670.

Malcolm, H.A., 2005. Does privacy matter? Former patients discuss their perceptions of privacy in shared hospital rooms. *Nursing Ethics* 12(2), pp. 156-166.

Manookian, A., Cheraghi, M.A. & Nasrabadi, A.N., 2014. Factors influencing patients' dignity: A qualitative study. *Nursing Ethics* 21(3). pp. 323-334.

Marinič, M., 2010. Dostojanstvo pacienta z vidika spoštovanja. In: B. Skela Savič, B.M. Kaučič, J. Zurc, S. Hvalič Touzery, S. Kadivec, A.M. Kiger, J. Ramšak Pajk & D. Železnik, eds. *Trajnostni razvoj zdravstvene nege v sodobni družbi - na raziskovanju temelječi razvoj zdravstvene nege: zbornik predavanj z recenzijo, 3. mednarodna znanstvena konferenca s področja raziskovanja v zdravstveni negi in zdravstvu, Ljubljana, September 16-17, 2010*. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, pp. 436-442.

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

Matiti, M.R. & Trorey, G., 2004. Perceptual adjustment levels: patients' perception of their dignity in the hospital setting. *International Journal of Nursing Studies* 41(7), pp. 735-744.

Matiti, M.R. & Trorey, G.M., 2008. Patients' expectations of the maintenance of their dignity. *Journal of Clinical Nursing* 17(20), pp. 2709–2717.

Matthews, R. & Callister, L.C., 2004. Childbearing women's perceptions of nursing are that promotes dignity. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing* 33(4), pp. 498-507.

Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, n.d. *Predstavitveni zbornik*. [pdf] Available at: <http://www.mf.uni-lj.si/media-library/2015/06/04e65822c871adf4f6e971def149b32e.pdf> [Accessed 17 June 2015].

Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, n.d. [pdf] Available at: http://www.mf.uni-mb.si/attachments/article/83/program_sm.pdf [Accessed 17 June 2016].

Ministrstvo za zdravje, 2009. *Nacionalna anketa o izkušnjah odraslih pacientov v akutni bolnišnici* [pdf] Available at:

http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/anketa_kakovosti_pacienti_2006/anketa_2008_porocilo/Porocilo_Nacionalne_ankete_v_akutnih_bolniscinah. [Accessed 22 June 2012].

Oosterveld-Vlug, M.G., Pasma, H.R.W., van Gennip, I.E., Willems, D.L. & Onwuteaka-Philipsen, D.O., 2013. Nursing home staff's views on residents' dignity: a qualitative interview study. *BMC Health services Research* 13(353), pp. 1-9.

Oxford Dictionaries. Available at: <http://oxforddictionaries.com/> [Accessed 20 May 2012].

Pallant, J., 2010. *SPSS survival manual*, 4th ed. Maidenhead Open University Press: McGraw-Hill.

Papastavrou, E., Efstathiou, G. & Andreou, C., 2016. Nursing students' perceptions of patient dignity. *Nursing Ethics* 23(1), pp. 92-103.

Persson, E. & Määttä, S., 2012. To provide care and be cared for in a multiple-bed hospital room. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 26(4), pp. 663-670.

Picco, E., Santoro, R. & Garrino, L., 2010. Dealing with the patient's body in nursing: nurses' ambiguous experience in clinical practice. *Nursing Inquiry* 17(1), pp. 38-45.

Prebil, A., Mohar, P. & Fink, A., 2011. *Etika in zakonodaja v zdravstvu: učbenik za modul Kakovost v zdravstveni negi v programu Zdravstvena nega*. Ljubljana: Grafenauer.

Predik, M., 2010. *Spoštovanje pacientovega dostojanstva v zdravstveni obravnavi: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede. Available at: <http://dkum.uni-mb.si/Dokument.php?id=13234>. [Accessed 28 March 2012].

Prideaux, A., 2010. Male nurses and the protection of female patient dignity. *Nursing Standard* 25(13), pp. 42-49.

Pringle, J., Johnston, B. & Buchanan, D., 2015. Dignity and patient-centred care for people with palliative care needs in the acute hospital setting: A systematic review. *Palliative Medicine* 29(8), pp. 675-694.

Royal college of nursing, 2008. *RCN definition of dignity*. Available at: <file:///C:/Users/MatejaBahun/Downloads/PUB-003292.pdf> [Accessed 7 June 2016].

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

Schopp, A., Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, P.A., Arndt, M. & Kaljonen, A., 2003. Perceptions of privacy in the care of elderly people in five European countries. *Nursing Ethics* 10(1), pp. 39-47.

Sabatino, L., Stievano, A., Rocco, G., Kallio, H., Pietila, A.M. & Kangasniemi, M.K., 2014. The dignity in nursing profession: a meta-synthesis of qualitative research. *Nursing Ethics* 21(6), pp. 659-672.

Slovar slovenskega knjižnega jezika, 2000. S.l.: Slovenska akademija znanosti in umetnosti, znanstveno raziskovalni center SAZU in Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovža, DZS.

Street, R.L., Makoul, G., Arora, N.K. & Epstein, R.M., 2009. How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling* 74(3), pp. 295–301.

Šmitek, J., 2006. Pomen človekovega dostojanstva v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege* 40(1), pp. 23-35.

Tranvåg, O., Petersen, K.A. & Nåden D., 2015. Relational interactions preserving dignity experience: Perceptions of persons living with dementia. *Nursing Ethics* 22(5), pp. 577-593.

Ustava Republike Slovenije, 2013. Uradni list Republike Slovenije, št. 47. Available at: http://www.us-rs.si/media/ustava_koncna.2013.pdf [Accessed 6 March 2015].

Walsh, K. & Kowanko, I., 2002. Nurses' and patients' perception of dignity. *International Journal of Nursing Practice* 8(3), pp. 143-151.

Whitehead, J. & Wheeler, H., 2008a. Patients' experiences of privacy and dignity. Part 1: a literature review. *British Journal of Nursing* 17(6), pp. 381-385.

Whitehead, J. & Wheeler, H., 2008b. Patients' experience of privacy and dignity. Part 2: an empirical study. *British Journal of Nursing* 17(7), pp. 458-464.

Widäng, I., Fridlund, B. & Mårtensson, J., 2007. Women patients' conceptions of integrity within health care: a phenomenographic study. *Journal of Advanced Nursing* 61(5), pp. 540-548.

Woogara, J., 2005. Patients' rights to privacy and dignity in the NHS. *Nursing Standard* 19(18), pp. 33-37.

Zakon o varovanju osebnih podatkov, 1999. Uradni list Republike Slovenije št. 59.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), 2008. Uradni list Republike Slovenije št. 5.

Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr), 2008 in 2015, Uradni list Republike Slovenije, št. 77, št. 46. Available at: <http://www.pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO2157> [Accessed 23 May 2016].

Zdravstvena fakulteta, Available at: http://www2.zf.uni-lj.si/images/stories/datoteke/referat/PREDAVANJA__2013-14_1.pdf [Accessed 17 June 2015]

Zolnierek, K.B.H. & DiMatteo, M.R., 2009. Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis. *Medical Care* 47(8), pp. 826–834.

6 PRILOGE

6.1 INSTRUMENT

ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani,

Sem Mateja Bahun in v okviru magistrskega študija na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice pripravljam magistrsko nalogo z naslovom *Zagotavljanje telesnega in osebnostnega dostojanstva v času hospitalizacije*.

Namen raziskave je ugotoviti, v kakšnem obsegu se v času hospitalizacije odraslim pacientom zagotavlja njihova zasebnost, kako to zagotavljanje zasebnosti dojemajo zaposleni v zdravstveni negi, fizioterapiji in medicini ter kateri so tisti kritični trenutki v interakciji med zdravstvenimi delavci in pacienti, v katerih se največkrat krši pacientova pravica do zasebnosti.

Prosim vas, da odgovorite na vprašanja oziroma se opredelite do trditev. Anketa je anonimna in prostovoljna. Rezultati bodo uporabljeni za namene raziskovalnega magistrskega dela z možnostjo objave prispevkov.

Za vaše odgovore in sodelovanje v anketi se vam najlepše zahvaljujem.

Mateja Bahun, prof. zdr. vzg.

1. Vaš spol:

- moški
- ženski

2. Delovišče (kjer delate večino službenega časa):

- kirurški oddelek
- interni oddelek

3. Vaša starost:

- do 25 let
- 25 - 35 let
- 36 - 45 let
- 46 - 55 let
- več kot 55 let

4. Delovna doba:

- do 5 let
- 6 – 10 let
- 11 – 15 let
- 16 – 20 let
- 21 – 25 let
- 26 in več let

5. Poklicna skupina:

- zdravstveni tehnik / srednja medicinska sestra
- diplomirana medicinska sestra
- zdravnik specializant
- zdravnik specialist
- fizioterapevt
- drugo (prosim navedite):

6. Zaposlitev:

- Splošna bolnišnica Celje
- Splošna bolnišnica Izola
- Splošna bolnišnica Jesenice
- Splošna bolnišnica Brežice
- Splošna bolnišnica Trbovlje
- Splošna bolnišnica Ptuj
- Splošna bolnišnica Murska Sobota
- Splošna bolnišnica Nova Gorica
- Splošna bolnišnica Novo mesto
- Splošna bolnišnica Slovenj Gradec

7. Veroizpoved:

- katoliška
- evangeličanska
- pravoslavna
- islamska
- sem vernik, vendar ne pripadam nobeni

8. Ali ste bili v zadnjih dveh letih hospitalizirani več kot 24 ur?

- da ne

- veroizpovedi
- drugo: _____
- nisem vernik, ateist
- ne želim se opredeliti

9. V spodnji tabeli označite nivo vašega strinjanja s posameznimi trditvami.

Trditve	1 nikakor se ne strinjam	2 se ne strinjam	3 delno se strinjam	4 se strinjam	5 popolnoma se strinjam	NE VEM oz. ne morem oceniti
1. Ko pacient pride v bolnišnico, se že v naprej odreče določenemu delu fizične zasebnosti.	1	2	3	4	5	
2. Zdravstveni delavci imamo zaradi narave svojega dela neomejen dostop v pacientov osebni prostor.	1	2	3	4	5	
3. Zdravstveni delavci imamo zadosti možnosti, da zaščitimo pacientovo intimo.	1	2	3	4	5	
4. Osebo mi je zelo neprijetno ob razgaljanju pacientovega telesa.	1	2	3	4	5	
5. Zavedam se, da je pacientu zelo neprijetno ob razgaljanju telesa.	1	2	3	4	5	
6. Pacientova zasebnost je v času hospitalizacije večkrat kršena.	1	2	3	4	5	
7. Pacienti so natančno seznanjeni, kaj se bo dogajalo z njimi med postopki zdravstvene nege/terapevtsko diagnostičnimi postopki.	1	2	3	4	5	
8. Medicinske sestre pacienta seznanijo s posameznimi intervencijami preden začnejo z njimi.	1	2	3	4	5	
9. Zdravniki pacienta seznanijo s posameznimi intervencijami preden začnejo z njimi.	1	2	3	4	5	
10. Fizioterapevtke pacienta seznanijo s posameznimi intervencijami preden začnejo z njimi.	1	2	3	4	5	
11. Poslušanje pacienta je pomembno za spoštovanje njegovega dostojanstva.	1	2	3	4	5	
12. V naši ustanovi pacient enakopravno odloča pri odločitvah povezanih z zdravljenjem.	1	2	3	4	5	
13. V naši ustanovi pacient enakopravno odloča pri odločitvah povezanih z zdravstveno nego.	1	2	3	4	5	
14. Za zagotavljanje zasebnosti je pomembno, da v času vizite v sobi ni več kot treh zdravstvenih delavcev.	1	2	3	4	5	
15. Pred izvedbo intervencije pri pacientu je potrebno pridobiti njegovo dovoljenje za prisotnost specializanta, študenta, dijaka.	1	2	3	4	5	
16. Pacient lahko odkloni poseg v telo, mi pa ga moramo seznaniti z morebitnimi posledicami.	1	2	3	4	5	
17. Vodstvo bolnišnice je tisto, ki je odgovorno, da zagotavlja možnosti za spoštovanje zasebnosti pacienta.	1	2	3	4	5	
18. Vsak zaposleni je sam odgovoren, da z obstoječimi sredstvi zagotavlja zasebnost pacientu.	1	2	3	4	5	
19. Vsak zaposleni je sam odgovoren, da aktivno razmišlja o zagotovitvi telesne zasebnosti pacientu.	1	2	3	4	5	
20. Vsakega sodelavca je potrebno opozoriti, če opazimo, da ne ravna v skladu z zagotavljanjem zasebnosti.	1	2	3	4	5	

10. Kako pogosto vi uporabljate posamezne pripomočke oz. intervencije za zagotavljanje pacientove zasebnosti ob postopkih, ki posegajo v njihovo zasebnost?

		1 zelo redko/ nikoli	2 redko	3 občasno	4 skoraj vedno	5 vedno
1	zapiranje vrat bolniške sobe	1	2	3	4	5
2	uporaba paravana/zavese	1	2	3	4	5
3	pokrivanje telesa s posteljino - uporaba »posteljnega paketa«	1	2	3	4	5
4	nameščanje opozorila »Prosimo ne vstopajte« na vrata	1	2	3	4	5
5	obveščanje pacienta o tem, kaj se bo z njim dogajalo med posameznimi intervencijami	1	2	3	4	5
6	prošnja, naj se ostali pacienti v bolniški sobi diskretno obrnejo stran, zapustijo sobo	1	2	3	4	5
7	prošnja, naj obiskovalci zapustijo bolniško sobo	1	2	3	4	5

11. Ocenite, kako pomembno se vam zdi naštetu za zagotavljanje zasebnosti pacientu

		1 nepomembno	2 malo pomembno	3 delno	4 zelo pomembno	5 najpome mbnejše
1.	zasebnost podatkov v pogovoru z zdravstvenim delavcem	1	2	3	4	5
2.	pacientove osebne odločitve glede postopkov zdravstvene nege in zdravljenja	1	2	3	4	5
3.	spoštljiv odnos s strani osebja	1	2	3	4	5
4.	dokumentacija, ki je zaščitena pred pogledi nepooblaščenih oseb	1	2	3	4	5
5.	spoštovanje pacientove želje po osebni prostoru, možnosti biti sam	1	2	3	4	5
6.	zagotavljanje zasebnosti verskih ritualov	1	2	3	4	5
7.	možnost izvajanja aktivnosti kjer se razgali telo (osebna higiena...) brez prisotnosti osebja, ki ni nujno potrebno za izvedbo	1	2	3	4	5
8.	osebna predstavitev osebja pacientu	1	2	3	4	5
9.	razlaga pacientu, kaj se bo dogajalo v času zdravljenja, razlaga namena in poteka postopkov	1	2	3	4	5
10.	pacient obravnavan kot subjekt in ne objekt	1	2	3	4	5

12. Opredelite, koliko bi po vašem mnenju posamezni dogodki posegli v pacientovo zasebnost

		1 nič	2 malo	3 srednje	4 precej	5 zelo
1	Razkrivanje golega telesa.	1	2	3	4	5
2	Pogovarjanje o pacientu na način, kot da ni prisoten.	1	2	3	4	5
3	Pogovarjanje o osebnih podatkih pacienta pred ostalimi pacienti.	1	2	3	4	5
4	Pogovarjanje o osebnih podatkih pacienta pred ostalimi zaposlenimi, ki s pacientom nimajo direktnega stika.	1	2	3	4	5
5	Izvajanje pogostih invazivnih intervencij (npr. odvzem krvi,...)	1	2	3	4	5
6	Prezgodnje odstranjevanje zobne proteze, osebnega spodnjega perila npr. pred operacijo, preiskavo...	1	2	3	4	5

13. Prosimo, da na lestvici od 1 do 5 opredelite, kako vi sami izvajate našeto:

		1 zelo redko/ nikoli	2 redko	3 občasno	4 skoraj vedno	5 vedno
1.	Pacientu se ob prvem stiku predstavim z imenom in poklicem, funkcijo.	1	2	3	4	5
2.	Ob odpustu se od pacienta poslovim.	1	2	3	4	5
3.	Ob odpustu se s pacientom rokujem.	1	2	3	4	5
4.	Pacienta ob vsakem posegu v telo seznanim s potekom in namenom posega.	1	2	3	4	5
5.	Pacienta zaščitim pred neželenimi pogledi.	1	2	3	4	5
6.	Pacienta o osebnih podatkih sprašujem brez prisotnosti tretje osebe.	1	2	3	4	5
7.	Ob izvajanju vizite / diagnostično terapevtskih intervencij pacientu zagotovim zasebnost.	1	2	3	4	5
8.	Pri jemanju anamneze zagotovim varnost podatkov tudi tako, da zagotovim zasebnost.	1	2	3	4	5
9.	Vzamem si čas, da pacienta poslušam.	1	2	3	4	5
10.	Pacienta naslavljam z gospod / gospa.	1	2	3	4	5

14. Kako na splošno ocenjujete vse svoje sodelavce, ko je potrebno pacientom zagotoviti telesno zasebnost (označite tisto trditev, s katero se najbolj strinjate)

	Sodelavci zagotavljajo telesno zasebnost				
	1 redko in v neprimernem obsegu	2 del časa in v manj primernem obsegu	3 polovično	4 večino časa in v primernem obsegu	5 ves čas in v največjem možnem obsegu
Splošna ocena sodelavcev	1	2	3	4	5

15. Ali smatrate, da imate zadosti znanja glede zagotavljanja telesne zasebnosti pacientu

da ne potreboval bi osvežitev/dopolnitev znanj

16. Vaše izkušnje in rešitve za zagotavljanje zasebnosti, oz. dileme in težave s katerimi se srečujete v kliničnem okolju glede zagotavljanja zasebnosti: _____

17. Vaši komentarji, pripombe, mnenja glede zagotavljanja telesne zasebnosti pacientu:
