

Izvirni znanstveni članek / Original scientific article

Dojemanje dostojanstva pacientov z vidika zdravstvenih delavcev: eksplorativna raziskava

Perceiving patients' dignity from the perspective of health professionals: exploratory research

Mateja Bahun, Brigita Skela-Savič

Ključne besede: zdravstvo; bolnišnica; zasebnost; hospitalizacija; odrasli pacienti

Key words: health care; hospital; privacy; hospitalization; adult patients

viš. pred. Mateja Bahun, prof. zdr. vzg., mag. zdr. neg.

Kontaktne e-naslov /
Correspondence e-mail:
mbahun@fzab.si

izr. prof. dr. Brigita Skela-Savič,
viš. med. ses., univ. dipl. org.,
znan. svet.

Obe / Both: Fakulteta za
zdravstvo Angele Boškin,
Spodnji Plavž 3, 4270 Jesenice,
Slovenija

IZVLEČEK

Uvod: Človeško dostojanstvo je neodtujljiva pravica vsakega posameznika, njegovo ohranjanje pa temeljna naloga zdravstvenih delavcev. Namen raziskave je bil ugotoviti, v kolikšni meri se med hospitalizacijo pacientom zagotavlja dostojanstvo ter kako to dojemajo zaposleni v zdravstvu.

Metode: Raziskava temelji na eksplorativni kvantitativni raziskovalni metodi. Podatki so bili pridobljeni s strukturiranim vprašalnikom. V raziskavi je sodelovalo 267 priložnostno izbranih zdravstvenih delavcev iz petih slovenskih splošnih bolnišnic. Pridobljeni podatki so bili obdelani z bivariatno in multivariatno analizo.

Rezultati: Splošno mnenje anketirancev o sodelavcih in njihovem zagotavljanju zasebnosti je dobro ($\bar{x} = 3,79$, $s = 0,70$). Dojemanje dostojanstva se lahko pojasni v 52,18 % z osebno odgovornostjo zaposlenih (23,82 %), informiranostjo pacientov (16,62 %) in pacientovim sodelovanjem pri odločitvah (11,74 %). Poklicne skupine imajo različno stališče do informiranosti pacientov ($F = 5,44$, $p = 0,001$). Med vključenimi bolnišnicami so razlike v izvajanju aktivnosti: zapiranje vrat bolniške sobe ($F = 9,07$, $p < 0,001$), uporaba paravana ali zavese ($F = 25,65$, $p < 0,001$), nameščanje opozorila na vrata bolniške sobe ($F = 28,16$, $p < 0,001$) ter obveščanje pacientov o tem, kaj se bo dogajalo med intervencijami ($F = 5,91$, $p = 0,001$), aktivnosti pogosteje izvajajo zaposleni v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo.

Diskusija in zaključek: Med hospitalizacijo se dostojanstvo pacientom ne zagotavlja popolnoma, zato bodo rezultati lahko uporabni za načrtovanje izboljšanja strokovnega znanja, razumevanja področja dostojanstva ter infrastrukturnih in materialnih pogojev.

ABSTRACT

Introduction: Human dignity is an inalienable right of every individual and its preservation is a fundamental task of health professionals. The purpose of the research was to determine the extent to which hospitalized patients are ensured dignity and how health professionals perceive it.

Methods: The research was based on explorative quantitative research design. Data were obtained using a structured questionnaire. The survey involved 267 convenience sampled health professionals in five Slovenian general hospitals. The obtained data were processed with a bivariate and multivariate analysis.

Results: The general opinion of respondents about their colleagues ensuring privacy to the patients is good ($\bar{x} = 3.79$, $s = 0.70$). The perception of dignity can be explained in 52.18 % with the personal responsibility of employees (23.82 %), informing the patients (16.62 %) and patient's inclusion in decision-making (11.74 %). Professional groups have a different attitude to informing the patients ($F = 5.44$, $p = 0.001$). There are differences in the implementation of activities between hospitals: closing the door of a hospital room ($F = 9.07$, $p < 0.001$), using a curtain ($F = 25.65$, $p < 0.001$), placing a warning sign on a hospital door ($F = 28.16$, $p < 0.001$) and informing patients about what will happen during interventions ($F = 5.91$, $p = 0.001$). Activities are more often performed by assistant nurses.

Discussion and conclusion: During hospitalization, dignity is not fully provided to the patients. There are opportunities for improvement, so the results can be used to enable interventions on improving expert knowledge, understanding dignity, and improving infrastructure and material conditions.

Članek je nastal na osnovi magistrskega dela Mateje Bahun *Zagotavljanje telesnega in osebnostnega dostojanstva v času hospitalizacije* (2016).

Prejeto / Received: 26. 11. 2017
Sprejeto / Accepted: 22. 5. 2018

Uvod

Besedo dostojanstvo je leta 1996 definiral Haddock kot »sposobnost počutiti se pomembne in dragocene v odnosu z drugimi« (Edlund, et al., 2013, p. 851). Dostojanstvo je prirojena in neodtujljiva vrednota. Koncept dostojanstva ni preprost, interpretacije so različne (Edlund, et al., 2013), vsakdo ima o dostojanstvu drugačne predstave. Biti viden kot posameznik je ključno za dostojanstvo in občutek enakosti. Vrednota človekove osebnosti je povezana z osebnostno rastjo in razvojem, njegovim dostojanstvom, ki ga vključuje kot posameznika, njegovo identiteto in pravico do odločanja s poudarkom na prepoznavanju posameznikove vrednosti kot osebe (Janežič & Klemenčič, 2010; Sabatino, et al., 2014). Dostojanstvo kot integriteta posameznika ima več razsežnosti: družbeno, telesno, duševno oz. osebnostno (individualno), duhovno, eksistencialno (Šmitek, 2006). Ideja o človeškem dostojanstvu ima pomembno vlogo v filozofiji, teologiji, politiki, zakonodaji kot tudi klinični praksi zdravstvene obravnave (Li, et al., 2014). Z zdravstveno nego je neločljivo povezano spoštovanje človekovih pravic, vključno s kulturnimi pravicami, pravico do življenja in izbire, do dostojanstva in spoštovanja (International Council of Nurses, 2012).

Berghout in sodelavci (2015) so raziskovali, kateri elementi k pacientu usmerjene zdravstvene obravnave se zdijo pomembni zdravstvenim delavcem, in identificirali tri: »obrnava pacientov z dostojanstvom in spoštovanjem«, »interdisciplinarni pristop« in »enak dostop ter dobri rezultati«. Različni avtorji (Anderberg, et al., 2007; Lin, et al., 2013a; Hall, et al., 2014; Jeršin, 2015; Šanáková & Čáp, 2018) ugotavljajo, da so ohranjanje samostojnosti, avtonomija, individualizirana oskrba in videnje pacienta kot edinstvene osebe, izbira, nadzor nad dogajanjem, povezanim s telesom posameznika, zagotavljanje zasebnosti, izražanje spoštovanja, izvajanje zagovornišva s strani zdravstvenih delavcev, pozorno poslušanje in komunikacija pomembni faktorji oz. dimenzije zagotavljanja dostojanstva. 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).

V obdobju bolezni se zmanjša človekova sposobnost za ohranjanje zasebnosti in dostojanstva (Ferri, et al., 2015). Zdravstveni delavci zaradi narave svojega dela velikokrat vstopajo v pacientov osebni prostor, da mu lahko pomagajo (Whitehead & Wheeler, 2008a). Tako odnos med pacientom in zdravstvenim delavcem neizogibno vpliva na pacientovo dostojanstvo (Pellegrino, 2008). Baillie (Baillie & Illott, 2010, p. 279) je leta 2007 razvil definicijo pacientovega dostojanstva, ki se glasi: »Pacientovo dostojanstvo pomeni imeti

občutek cenjenosti in dobro psihično počutje glede lastnega fizičnega izgleda in vedenja, stopnjo nadzora nad dogajanjem in vedenjem ostalih ljudi v okolju«. Z dostojanstvom se ukvarjajo tudi slovenski avtorji, tako Marinič (2010) opiše, da se dostojanstvo pacienta dojema kot bistveno za profesionalnost prakse zdravstvene nege. Zagotavljanje pacientovega dostojanstva je etična odgovornost vseh sodelujočih v zdravstveni obravnavi. Pri zdravstveni negi je lahko pogosto zelo ogroženo, če medicinska sestra ravna neprofesionalno in ne upošteva pravic, ki jih ima posameznik kot državljan in pacient. Pacientovo zaupanje medicinski sestri ali zdravstvenemu tehniku je vrednota, za kar si je dolžan prizadevati prav vsak zaposleni v zdravstveni negi, saj pogojuje kakovost zdravstvene obravnave in stopnjo kakovosti delovanja zdravstvenega zavoda kot celote (Marinič, 2012).

Oosterveld-Vlug in sodelavci (2013) so v kvalitativni raziskavi o dostojanstvu, kjer so sodelovali zdravniki in medicinske sestre iz domov starejših občanov na Nizozemskem, opredelili 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. Tudi raziskava, ki sta jo izvedla Whitehead in Wheeler (2008b), podpira ugotovitve, da se koncepta zasebnosti in dostojanstva, kot ju vidijo pacienti, prekrivata. Na splošno vsi pacienti, ne glede na spol, zasebnost opredeljujejo kot zasebnost informacij, zasebnost telesa, izvajanje nadzora nad oskrbo, spoštovanje, pravico do samote in pravico do spoštovanja osebnega prostora. Kršitve zasebnosti lahko paciente vodijo v stres, kar podaljša njihovo okrevanje ter zmanjša zaupanje v zaposlene in ustanovo, v kateri se zdravijo. Predikova (2010) je izvedla raziskavo na vzorcu 100 pacientov in 100 zdravstvenih delavcev Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. Ugotovila je, da tri četrtine anketiranih pacientov meni, da zdravstveni tim spoštuje njihovo dostojanstvo tako, da jim zagotovi zasebnost, slaba polovica anketiranih pacientov pa meni, da v času zdravstvene obravnave delno ali popolnoma izgubijo osebno identiteto. Izredno majhen delež zdravstvenega osebja (14,0 %) je menil, da spoštujejo pacientovo dostojanstvo z zagotavljanjem zasebnosti. Obstaja veliko dokazov, da odnos osebja in njihov pristop vplivata na pacientovo zaznavanje dostojanstva in občutek, da je spoštovan kot posameznik (Johnston, et al., 2015; Pringle, et al., 2015). Ker odnos zdravstvenega osebja neizpodbitno vpliva na pacientovo dostojanstvo v zdravstveni obravnavi, nas je zanimalo, kako to doživljajo slovenski zdravstveni delavci.

Namen in cilji

Namen raziskave je bil ugotoviti, v kolikšni meri zaposleni v zdravstveni negi, fizioterapiji in medicini ocenjujejo, da zagotavljajo dostojanstvo hospitaliziranih pacientov, in kakšno je njihovo

splošno mnenje o zagotavljanju zasebnosti pacientom pri njihovem delu. Cilj je bil ugotoviti, ali obstajajo razlike med vključenimi bolnišnicami in zaposlenimi različnih poklicnih skupin. Razvite so bile hipoteze:

H1: Med vključenimi bolnišnicami so statistično pomembne razlike v strinjanju zaposlenih s trditvami o zagotavljanju splošnega dostojanstva pacientom.

H2: Med vključenimi bolnišnicami so statistično pomembne razlike v izvajanju aktivnosti za zagotavljanje telesnega dostojanstva pacientom.

H3: Med zaposlenimi različnih poklicnih skupin so statistično pomembne razlike v strinjanju s trditvami o zagotavljanju splošnega dostojanstva pacientom.

H4: Med zaposlenimi različnih poklicnih skupin so statistično pomembne razlike v izvajanju aktivnosti za zagotavljanje telesnega dostojanstva pacientom.

H5: Med vključenimi bolnišnicami so statistično pomembne razlike glede ocene anketirancev o tem, kako dobro njihovi sodelavci zagotavljajo telesno dostojanstvo pacienta.

H6: Med vključenimi poklicnimi skupinami so statistično pomembne razlike glede ocene anketirancev, kako dobro njihovi sodelavci zagotavljajo telesno dostojanstvo pacientom.

Metode

Uporabili smo eksplorativni kvantitativni raziskovalni dizajn.

Opis instrumenta

Za zbiranje podatkov smo uporabili strukturiran vprašalnik, sestavljen iz dveh sklopov. Prvi sklop je vseboval vprašanja o demografskih značilnostih. V drugem sklopu je bilo 28 trditev: 20 splošnih trditev o zagotavljanju dostojanstva, 7 trditev o izvajanju aktivnosti za zagotavljanje telesnega dostojanstva ter 1 trditev o splošni oceni sodelavcev o zagotavljanju telesnega dostojanstva pacientom. Anketiranci so se opredeljevali po 5-stopenjski Likertovi lestvici stališč (1 – nikakor se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam). Pri sestavljanju vprašalnika smo deloma vsebinsko izhajali iz vprašalnika nacionalne ankete o izkušnjah odraslih pacientov v akutni bolnišnici, ki jo je izvedlo Ministrstvo za zdravje (2009), ter spoznanj pregleda literature (Douglas & Douglas, 2004; Whitehead & Wheeler, 2008b; Picco, et al., 2010; Predik; 2010; Ferkulj, 2011; Lin, et al., 2011; Baillie & Gallagher, 2012).

Najprej smo v Splošni bolnišnici Jesenice izvedli pilotno raziskavo in za prvih 30 vrnjenih vprašalnikov izračunali zanesljivost s Cronbachovim koeficientom alfa (0,81) ter nadaljevali z izvedbo raziskave. Po zaključku anketiranja smo za vseh 267 vrnjenih vprašalnikov zopet preverili zanesljivost instrumenta s Cronbachovim koeficientom alfa, ki je za 28 trditev znašal 0,791, kar po Cencič (2009) ocenimo kot

zmerno zanesljivost instrumenta na uporabljenem vzorcu raziskovancev.

S faktorsko analizo smo želeli preveriti, ali je mogoče uporabljene trditve reducirati v vsebinske konstrukte. Vključili smo 20 spremenljivk o zagotavljanju dostojanstva. Primernost faktorjeve analize smo preverili s Kaiser-Meyer-Olkinovim (KMO = 0,799) testom in Bartlettovim testom ($p < 0,001$) (Pallant, 2010, p. 183). Uporabili smo ekstrakcijsko metodo glavnih osi, izvedena je bila poševna rotacija faktorjev Oblimin s Kaiserjevo normalizacijo in pravokotna rotacija Varimax s Kaiserjevo normalizacijo. Faktorsko analizo smo izvedli večkrat in sproti izločali trditve s prenizko komunaliteto tako dolgo, da smo našli zadovoljivo rešitev. Na koncu je bilo vključenih 12 trditev. Dobili smo tri faktorje: F1 – osebna odgovornost zaposlenih (pojasnitev variance 23,82 %, Cronbachov koeficient $\alpha = 0,827$), F2 – informiranost pacientov (pojasnitev variance 16,62 %, Cronbach koeficient $\alpha = 0,766$), F3 – pacientovo sodelovanje pri odločitvah (pojasnitev variance 11,74 %, Cronbach koeficient $\alpha = 0,822$), ki skupaj pojasnjujejo 52,18 % variance prostora in smo jih v nadaljevanju uporabili za preverjanje dveh hipotez (Tabela 1).

Opis vzorca

Raziskavo smo izvedli na priložnostnem vzorcu zaposlenih v zdravstveni negi, medicini in fizioterapiji na kirurških in internističnih oddelkih v petih slovenskih splošnih bolnišnicah. V raziskavi je sodelovalo 267 zaposlenih. Največ, 106 anketirancev (39,7 %) je na vprašalnik odgovorilo v Splošni bolnišnici Jesenice, 59 (22,1 %) v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec, 44 (16,5 %) v Splošni bolnišnici Murska Sobota, 32 (12,0 %) v Splošni bolnišnici Ptuj ter najmanj, 26 (9,7 %) v Splošni bolnišnici Brežice. Največji delež odgovorov smo dobili iz skupine zaposlenih v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo ($n = 118$, 44,2 %), nato iz skupine zaposlenih v zdravstveni negi z visokošolsko izobrazbo ($n = 87$, 32,6 %), iz skupine zdravnikov ($n = 33$, 12,4 %) ter fizioterapevtov ($n = 29$, 10,9 %). Kljub manjšemu vzorcu anketirancev iz poklicne skupine fizioterapevtov smo se odločili, da jih uporabimo v analizi zaradi zanimivosti primerjave, glede na število vseh zaposlenih fizioterapevtov v vključenih ustanovah so se v primerjavi s pripadniki drugih poklicnih skupin na sodelovanje odzvali v največjem ($n = 29$, 65,9 %) deležu. Največ anketiranih ($n = 122$) je starih od 25 do 35 let, največ ($n = 60$) jih ima delovno dobo od 6 do 10 let. Ženske so zastopane v večini ($n = 217$, 81,3 %).

Opis poteka raziskave in obdelave podatkov

Ker je bila raziskava izvedena v okviru priprave magistrskega dela, smo najprej pridobili sklep o potrditvi dispozicije s strani Komisije za magistrske zadeve Fakultete za zdravstvo Angele Boškin. Za

sodelovanje v raziskavi smo zaprosili vodstva vseh splošnih bolnišnic v Sloveniji ($N = 10$). Pristanek so podali v petih bolnišnicah. Ob tem smo zaprosili še za podatke o zaposlenih na kirurških in internističnih oddelkih in glede na pridobljene podatke ($N = 907$) v posamezne bolnišnice aprila 2014 poslali število vprašalnikov, ustrezno 50,0 % zaposlenih. Vse ustanove smo pisno zaprosili, naj zadolžijo osebo, ki je vprašalnice na naključni dan priložnostno razdelila med že opisane vključene poklicne skupine na kirurških in internističnih oddelkih. Poudarjena je bila prostovoljnost sodelovanja, anonimnost je bila zagotovljena z oddajanjem izpolnjenih vprašalnikov v zaprti ovojnici.

Za analizo smo uporabili program SPSS, verzija 20 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Za posamezne spremenljivke smo uporabili osnovne statistične izračune: aritmetično sredino, standardni odklon, minimalno in maksimalno vrednost, frekvence in odstotke ter enosmerno ANOVA za ugotavljanje razlik med poklicnimi skupinami in med zaposlenimi v različnih ustanovah. Upoštevali smo statistično značilnost pri vrednosti $p \leq 0,05$.

Rezultati

V Tabeli 1 so predstavljene opisne statistike 12 trditev iz sklopa splošnih trditev o dostojanstvu, ki so bile vključene v faktorsko analizo, in rezultati faktorjeve analize, s katero smo pridobili tri nadalje uporabljene faktorje.

V Tabeli 2 so predstavljene opisne statistike za posamezne trditve o pogostosti izvajanja aktivnosti za zagotavljanje telesnega dostojanstva.

Med vključenimi bolnišnicami nismo našli nobenih statistično pomembnih razlik med faktorji ($p > 0,05$), zato hipoteze 1 nismo potrdili (Tabela 3). Med vključenimi bolnišnicami smo našli statistično pomembne razlike v izvajanju aktivnosti za zagotavljanje telesnega dostojanstva pacientom, s čimer smo potrdili hipotezo 2 (Tabela 3).

Statistično pomembne razlike med anketiranci v različnih ustanovah so pri štirih trditvah: zapiranje vrat bolniške sobe ($F = 9,071$, $p < 0,001$), kar najpogosteje izvajajo v ustanovi 1 ($\bar{x} = 4,65$, $s = 0,47$), uporaba paravana ali zavese ($F = 25,65$, $p < 0,001$), kar najpogosteje izvajajo v ustanovi 1 ($\bar{x} = 3,74$, $s = 0,83$), pogosto pa tudi v ustanovi 4 ($\bar{x} = 3,64$, $s = 0,86$). Ravno tako se med ustanovami statistično značilno razlikuje ($F = 28,16$, $p < 0,001$)

Tabela 1: Rezultati trditev o zasebnosti pacientov in faktorjeva analiza
Table 1: Results of variables on patient privacy and factor analysis

<i>Osebna odgovornost zaposlenih / Personal responsibility of employees</i>	<i>n</i>	\bar{x}	<i>s</i>	F1 ($\alpha = 0,827$)
Vsak zaposleni je sam odgovoren, da aktivno razmišlja o zagotovitvi telesne zasebnosti pacientu.	212	4,34	0,714	0,780
Vsakega sodelavca je treba opozoriti, če opazimo, da ravna v nasprotju z zagotavljanjem zasebnosti.	212	4,34	0,721	0,717
Vsak zaposleni je sam odgovoren, da z obstoječimi sredstvi zagotavlja zasebnost pacientu.	212	4,24	0,851	0,702
Pacient lahko odkloni poseg v telo, mi pa ga moramo seznaniti z morebitnimi posledicami.	212	4,56	0,560	0,665
Poslušanje pacienta je pomembno za spoštovanje njegovega dostojanstva.	212	4,54	0,587	0,637
Pred izvedbo intervencije pri pacientu je treba pridobiti njegovo dovoljenje za prisotnost specializanta, študenta, dijaka.	212	4,27	0,871	0,499
<i>Informiranost pacientov / Informing the patients</i>	<i>n</i>	\bar{x}	<i>s</i>	F2 ($\alpha = 0,766$)
Medicinske sestre pacienta seznanijo s posameznimi intervencijami, preden jih začnejo izvajati.	212	3,94	0,809	0,700
Fizioterapevtke pacienta seznanijo s posameznimi intervencijami, preden jih začnejo izvajati.	212	3,83	0,728	0,696
Zdravniki pacienta seznanijo s posameznimi intervencijami, preden jih začnejo izvajati.	212	3,43	0,791	0,696
Pacienti so natančno seznanjeni, kaj se bo dogajalo z njimi med postopki zdravstvene nege / terapevtsko-diagnostičnimi postopki.	212	3,27	0,887	0,569
<i>Pacientovo sodelovanje pri odločitvah / Patient's inclusion in decision-making</i>	<i>n</i>	\bar{x}	<i>s</i>	F3 ($\alpha = 0,822$)
V naši ustanovi pacient enakopravno sodeluje pri odločitvah, povezanih z zdravstveno nego.	212	3,53	0,868	0,772
V naši ustanovi pacient enakopravno sodeluje pri odločitvah, povezanih z zdravljenjem.	212	3,57	0,854	0,701

Legenda / Legend: *n* – število / number; \bar{x} – povprečje / average, *s* – standardni odklon / standard deviation; α – Cronbachov koeficient alfa / Cronbach Alpha coefficient; F1 – osebna odgovornost zaposlenih / personal responsibility of employees; F2 – informiranost pacientov / informing the patients; F3 – pacientovo sodelovanje pri odločitvah / patient's inclusion in decision-making

Tabela 2: Opisna statistika trditve o izvajanju aktivnosti za zagotavljanje telesnega dostojanstva
Table 2: Descriptive statistics of variables on the implementation of activities for ensuring physical dignity

Pogostost izvajanja aktivnosti za zagotavljanje telesnega dostojanstva / Frequency of the implementation of activities for ensuring physical dignity	n	\bar{x}	s
zapiranje vrat bolniške sobe	267	4,48	0,645
uporaba paravana ali 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

Legenda / Legend: n – število / number; \bar{x} – povprečje / average; s – standardni odklon / standard deviation

Tabela 3: Rezultati v posameznih ustanovah po faktorjih in aktivnostih za zagotavljanje telesnega dostojanstva
Table 3: Results with respect to the employment establishment in factors and implementation of activities to ensure physical dignity

Faktorji / Factors		Ustanova / Institution				F	p
		1	2	3	4		
F1 – osebna odgovornost zaposlenih	\bar{x}	0,157	-0,222	-0,027	0,121	2,042	0,109
	s	0,922	0,916	0,993	0,766		
F2 – informiranost pacientov	\bar{x}	0,152	-0,178	-0,130	-0,068	1,727	0,163
	s	0,853	0,996	0,934	0,915		
F3 – pacientovo sodelovanje pri odločitvah	\bar{x}	0,128	-0,027	-0,356	-0,0007	1,940	0,124
	s	0,839	0,806	1,280	0,909		
Aktivnosti za zagotavljanje telesnega dostojanstva / Activities to ensure physical dignity							
zapiranje vrat bolniške sobe	\bar{x}	4,65	4,59	4,41	4,14	9,071	< 0,001
	s	0,479	0,712	0,583	0,819		
uporaba paravana ali zavese	\bar{x}	3,74	2,13	3,64	3,07	25,650	< 0,001
	s	0,832	1,289	0,865	1,065		
nameščanje opozorila »Prosimo, ne vstopajte« na vrata	\bar{x}	3,22	1,23	2,15	2,69	28,163	< 0,001
	s	1,250	0,717	1,085	1,096		
obveščanje pacienta o tem, kaj se bo z njim dogajalo med posameznimi intervencijami	\bar{x}	4,51	4,22	4,52	4,14	5,911	< 0,001
	s	0,521	0,975	0,549	0,605		

Legenda / Legend: \bar{x} – povprečje / average; s – standardni odklon / standard deviation; F – test ANOVA / ANOVA test; p – statistična značilnost / statistical significance

nameščanje opozorila »Prosimo, ne vstopajte« na vrata bolniške sobe, kar najpogosteje uporabljajo v ustanovi 1 ($\bar{x} = 3,22$, $s = 1,25$). Uporaba paravana ali zavese ($\bar{x} = 2,13$, $s = 1,28$) in pa opozoril na vratih ($\bar{x} = 1,23$, $s = 0,71$) je redka v ustanovi 3. Obveščanje pacienta o tem, kaj se bo z njim dogajalo med posameznimi intervencijami, se med ustanovami statistično pomembno razlikuje ($F = 5,91$, $p = 0,001$), najbolj se s tem strinjajo v ustanovi 4 ($\bar{x} = 4,52$, $s = 0,54$) in ustanovi 1 ($\bar{x} = 4,51$, $s = 0,52$).

Predpostavili smo, da so med zaposlenimi različnih poklicnih skupin statistično pomembne razlike v strinjanju s trditvami o zagotavljanju telesnega in osebnojnega dostojanstva pacientom. S pomočjo faktorjev smo preverili hipotezo 3 in našli statistično pomembno razliko pri faktorju informiranost pacientov ($F = 5,44$, $p = 0,001$), s čimer smo hipotezo 3 potrdili (Tabela 4). Izkazalo se je, da se s trditvami pri

tem faktorju najbolj strinjajo zaposleni v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo ($\bar{x} = 0,184$, $s = 0,809$).

Potrdili smo, da so med zaposlenimi različnih poklicnih skupin statistično pomembne razlike v izvajanju aktivnosti za zagotavljanje telesnega dostojanstva pacientom, kar smo predpostavili s hipotezo 4. Našli smo razlike v treh trditvah (Tabela 4), saj zaposleni v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo statistično pomembno pogosteje kot druge poklicne skupine nameščajo opozorilo »Prosimo, ne vstopajte« na vrata ($F = 11,292$, $p < 0,001$), prosijo, naj se ostali pacienti v bolniški sobi diskretno obrnejo stran oz. zapustijo sobo ($F = 11,253$, $p < 0,001$) ter prosijo obiskovalce, naj zapustijo bolniško sobo ($F = 3,142$, $p = 0,026$). S tem smo potrdili hipotezo 4.

Našli smo tudi statistično pomembne razlike ($F = 9,295$, $p < 0,001$) med bolnišnicami pri ocenah anketirancev o

Tabela 4: Rezultati v poklicnih skupinah po faktorjih in aktivnostih za zagotavljanje telesnega dostojanstva**Table 4:** Results with respect to the professional group in factors and implementation of activities to ensure physical dignity

Faktorji / Factors		Poklicna skupina / Professional group				F	p
		TZN	dipl. m. s.	zdravnik / MD	FT		
F1 – osebna odgovornost zaposlenih	\bar{x}	-0,105	0,120	-0,018	0,132	1,047	0,372
	s	0,945	0,950	0,796	0,796		
F2 – informiranost pacientov	\bar{x}	0,184	-0,018	-0,273	-0,556	5,447	0,001
	s	0,809	0,924	0,703	1,018		
F3 – pacientovo sodelovanje pri odločitvah	\bar{x}	-0,149	0,181	0,073	0,031	2,154	0,094
	s	0,955	0,817	0,903	0,663		
Aktivnosti za zagotavljanje telesnega dostojanstva / Activities to ensure physical dignity							
nameščanje opozorila »Prosimo, ne vstopajte« na vrata	\bar{x}	2,87	2,86	2,18	1,55	11,292	< 0,001
	s	1,367	1,177	1,131	0,870		
prošnja, naj se ostali pacienti v bolniški sobi diskretno obrnejo stran, zapustijo sobo	\bar{x}	3,62	3,45	2,64	2,59	11,253	< 0,001
	s	1,073	1,198	1,055	1,240		
prošnja, naj obiskovalci zapustijo bolniško sobo	\bar{x}	4,88	4,67	4,61	4,61	3,142	0,026
	s	0,417	0,802	0,609	0,875		

Legenda / Legend: TZN – zaposleni v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo / assistant nurse; dipl. m. s. – zaposleni v zdravstveni negi z visokošolsko izobrazbo / bachelor of science in nursing; MD – zdravnik / medical doctor; FT – fizioterapevt / physiotherapist; \bar{x} – povprečje / average; s – standardni odklon / standard deviation; F – test ANOVA / ANOVA test; p – statistična značilnost / statistical significance

Tabela 5: Splošna ocena anketirancev o zagotavljanju telesnega dostojanstva pacientom v posameznih ustanovah**Table 5:** Overall assessment of respondents on providing physical dignity to patients based on the institution of employment

Splošna ocena anketirancev o zagotavljanju telesnega dostojanstva / Overall assessment of respondents on providing physical dignity	n	\bar{x}	s	F	p
Ustanova 1	105	3,91	0,709	9,295	< 0,001
Ustanova 2	31	4,10	0,597		
Ustanova 3	44	3,77	0,677		
Ustanova 4	59	3,42	0,622		
Skupaj	239	3,79	0,703		

Legenda / Legend: n – število / number; \bar{x} – povprečje / average; s – standardni odklon / standard deviation; F – test ANOVA / ANOVA test; p – statistična značilnost / statistical significance

tem, kako dobro njihovi sodelavci zagotavljajo telesno dostojanstvo (Tabela 5), s čimer smo potrdili hipotezo 5. Splošna ocena anketirancev o svojih sodelavcih in njihovem zagotavljanju zasebnosti je dobro ($\bar{x} = 3,79$, $s = 0,703$), pri čemer je v ustanovi 2 ocena najvišja ($\bar{x} = 4,10$, $s = 0,597$), v ustanovi 4 pa najnižja ($\bar{x} = 3,42$, $s = 0,622$).

Razlik na podlagi trditve o splošni oceni zagotavljanja telesnega dostojanstva med vključenimi poklicnimi skupinami nismo našli ($F = 2,391$, $p = 0,069$), zato hipoteze 6 nismo mogli potrditi.

Diskusija

Raziskava pokaže, da je samoocena zagotavljanja dostojanstva pacientom dobra, izvajanje aktivnosti za zagotavljanje telesnega dostojanstva pa redkejša,

kot bi bilo zaželeno v hospitalni obravnavi. Ugotovili smo, da med vključenimi ustanovami sicer ni razlik v trditvah o dostojanstvu, so pa razlike med ustanovami v uporabi pripomočkov oz. intervencij za zagotavljanje telesnega dostojanstva. Uporaba paravana ali zavese in opozorila na vratih je izrazito redkejša v eni od vključenih slovenskih splošnih bolnišnic, kjer smo naknadno v pogovoru z vodji zdravstvene nege kirurških in internističnih oddelkov izvedeli, da te možnosti na vseh oddelkih ni. Zapiranje vrat bolniške sobe ni odvisno od notranjih virov posameznih ustanov in je vedno izvedljivo. Zirak in sodelavci (2017) ugotavljajo, da več kot polovica anketiranih pacientov meni, da zdravstveni delavci nikoli ne zagrnejo zavese okoli bolniške postelje, desetina jih navaja, da jo zagrnejo redko,

dobra tretjina pacientov meni, da zdravstveni delavci nikoli ne zaprejo vrat bolniške sobe med izvajanjem intervencij, in desetina, da jih zaprejo redko. Šmitek (2006) sicer ugotavlja, da na doživljanje dostojanstva pri pacientih lahko posredno ali neposredno vplivajo tudi objektivne okoliščine, ki jih medicinske sestre zaznavajo kot dovolj časa, ustrezen prostor, primerna oblačila, dovolj kadra, ustrezen okolje, ustrezen sistem dela in dovolj sredstev za nego. Možnosti, ki so bile navedene v našem vprašalniku, niso niti drage, niti zahtevne, niti zamudne, zato menimo, da ni opravičljivih razlogov za neizvajanje. Vsebine, ki zadevajo uporabo fizičnih pripomočkov oz. intervencij, ki podpirajo zasebnost, bi morale biti stalnica oddelčnih, multidisciplinarnih sestankov in internih izobraževanj. Eyni in sodelavci (2017) so dokazali, da so z vpeljavo virtualnih izobraževanj za zaposlene v zdravstveni negi pomembno izboljšali mnenja pacientov o zagotavljanju vseh vidikov zasebnosti (tudi telesnega). Še več, po izobraževanjih se je največja razlika prikazala ravno v uporabi zavese ob intervencijah pri pacientih. Podobno o pozitivnem vplivu različnih intervencij, med drugim tudi izobraževanja in usposabljanja zaposlenih, na spoštovanje zasebnosti in zadovoljstvo pacientov opisuje Lin s sodelavci (2013b). Beckstrand in sodelavci (2012) ugotavljajo, da so eden od izzivov za ohranjanje dostojanstva slabi infrastrukturni pogoji ustanov ter pomanjkljivi viri.

V raziskavi smo ugotovili tudi statistično pomembne razlike pri zagotavljanju telesnega dostojanstva pacientom glede na pripadnost različnim poklicnim skupinam. Največkrat jih uporabljajo zaposleni v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo. Tudi pri visokošolsko izobraženih zaposlenih v zdravstveni negi je povprečna vrednost visoka, pri zdravnikih in fizioterapevtih so našete aktivnosti redkejše, kar lahko razložimo z vsebino delovnih obveznosti, saj zaposleni v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo izvajajo največ intervencij v pacientovem osebem oz. intimnem prostoru. Vendar tudi zaposleni drugih poklicnih skupin dnevno izvajajo aktivnosti v tem istem intimnem prostoru pacientov, zaradi česar bi morali pomisliti in upoštevati možnosti, ki jih imajo za zagotavljanje telesnega dostojanstva. Zaposleni v zdravstveni negi s srednješolsko izobrazbo se tudi najbolj strinjajo s trditvami pri faktorju informiranost pacientov, ki opisujejo pacientovo seznanjenost s posameznimi intervencijami. Jeršin (2015) ugotavlja, da skoraj vsi anketirani zdravstveni delavci Onkološkega inštituta Ljubljana menijo, da spoštujejo pacientovo dostojanstvo z zagotavljanjem zasebnosti. Ravno tako skoraj vsi anketiranci navajajo, da med izvajanjem postopkov zaprejo vrata bolniške sobe, nekaj manj jih zagrne zaveso, skoraj tretjina pa uporabi paravan. Njeni rezultati žal ne omogočajo primerjave med poklicnimi skupinami. Ferri in sodelavci (2015) so o izvajanju intervencij za zagotavljanje

dostojanstva povprašali paciente. Ti ocenjujejo, da zaposleni v zdravstveni negi vrata zapirajo v nekaj več kot polovici primerov ter da zagotavljajo zasebnost telesa z npr. uporabo odeje ali drugimi načini (ni opisano, katerimi) v polovici do tri četrtine primerov. Preprečevanje razgaljanja telesa, kjer je to mogoče, je pomemben vidik dostojanstva.

Naše ugotovitve kažejo tudi na dobro splošno mnenje anketirancev o njihovih sodelavcih glede zagotavljanja telesne zasebnosti pacientom. Buckingham (2015) govori o t. i. vedenju *Idiosyncratic Rater Effect* (angl. *idiosyncratic = 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 (več kot dve tretjini) 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 specifične anketiranca, zato je jih treba sprejemati s previdnostjo, kar predstavlja omejitvev raziskave. Šmitek (2006) je nasprotno ugotovila, da je vsak anketirani zaposleni v zdravstveni negi navedel povprečno malo manj kot dve obliki zaznanega nespoštovanja pacientovega dostojanstva v svojem delovnem okolju. V petih identificiranih kategorijah je bilo najpogosteje zaznano neupoštevanje telesne zasebnosti, neustrezna komunikacija (nadiranje, povzdignjen glas, ukazovanje), nespoštovanje pravice do informiranosti, vzvišen odnos in čakanje brez pojasnila. Nespoštovanje dostojanstva pacientov je v praksi zdravstvene nege torej še vedno pogosto.

Raziskava ima nekaj omejitev. Vzorec anketirancev je bil izbran priložnostno, zato posploševanje na populacijo splošnih bolnišnic ni mogoče, ravno tako bi za to potrebovali večji vzorec anketirancev. Če pogledamo število anketirancev po poklicnih skupinah, vidimo zelo majhno število sodelujočih v zdravstveni negi. Kvantitativna paradigma raziskovanja ne zajame vse specifične, velikokrat intenzivno osebne note ter vprašanj oz. dilem, ki so pomembni za paciente oz. njihovo dostojanstvo.

Zaključek

Cilj raziskave so bila spoznanja o stanju zagotavljanja dostojanstva hospitaliziranim pacientom. Stanje v posameznih bolnišnicah po Sloveniji je težko tako podrobno raziskati, da bi lahko sodili o vzrokih razlik, smo pa razlike ugotovili in bodo v pomoč vodstvom posameznih bolnišnic pri dogovorih in organiziranju aktivnosti za zagotavljanje dostojanstva pacientom. Potrebno je le zavedanje o pomenu teh vidikov za podpiranje dostojanstva pacienta, na podlagi katerih

bodo zaposleni razširili razumevanje področja dostojanstva, se bolj ciljno in kontinuirano strokovno izobraževali ter osveščali paciente o njihovih pravicah v času hospitalizacije. Rezultati raziskave kažejo, da so na področju zagotavljanja dostojanstva in zasebnosti pacientom potrebne izboljšave, zato predlagamo: načrtovanje ustreznih prostorov za pogovor s pacienti in svojci, ki bo zagotavljal zasebnost, pogovori o možnih praktičnih rešitvah na deloviščih, skrb za primerne delovne pogoje oz. omogočanje uporabe pripomočkov (zavese, premični paravani ipd.), kjer so ti deficitarni, predvsem pa izobraževanje in ozaveščanje vseh zaposlenih o tem, kako veliko k pacientovemu dostojanstvu pripomorejo »male stvari« kot zaprta vrata bolniške sobe ali zagrnjene zavese. Potrebno bi bilo nadaljnje raziskovanje področja zagotavljanja zasebnosti in dostojanstva v celotnem slovenskem zdravstvenem prostoru, razjasnitev dojemanja etičnega vidika skrbi za pacienta in vpliv kontinuiranega izobraževanja slovenskih zdravstvenih delavcev o zagotavljanju zasebnosti in dostojanstva.

Nasprotje interesov / Conflict of interest

Avtorici izjavljata, da ni nasprotja interesov. / The authors declare that no conflicts of interest exist.

Financiranje / Funding

Raziskava ni bila finančno podprta. / The study received no funding.

Etika raziskovanja / Ethical approval

Raziskava je pripravljena v skladu z načeli Helsinško-Tokijske deklaracije (World Medical Association, 2013) in v skladu s Kodeksom etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije (2014). / The study was conducted in accordance with the Helsinki-Tokyo Declaration (World Medical Association, 2013) and the Code of Ethics for Nurses and Nurse Assistants of Slovenia (2014).

Prispevek avtorjev / Author contributions

Prva avtorica je pod mentorstvom druge avtorice pripravila raziskovalni predlog, načrt raziskave, izvedla raziskavo in oblikovala besedilo članka. Druga avtorica je v vseh fazah raziskovalnega procesa sodelovala kot oseba, odgovorna za metodološko ustreznost, sodelovala je tudi pri pisanju članka. / Under the mentorship of the second author the first author prepared a research proposal, a research plan, carried out a survey and wrote the article. The second author participated in all stages of the research process and was responsible for methodologically appropriate research process and participated in the writing of the article.

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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04375.x> PMID:17727405
- Baillie, L. & Ilott, L., 2010. Promoting the dignity of patients in perioperative practice. *Journal of Perioperative Practice*, 20(8), pp. 278–282. <https://doi.org/10.1177/175045891002000802> PMID:20860187
- Baillie, L. & Gallagher, A., 2012. Raising awareness of patient dignity. *Nursing Standard*, 27(5), pp. 44–49. <https://doi.org/10.7748/ns2012.10.27.5.44.c9333> PMID:23256301
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2012.01.003> PMID:22683099
- Berghout, M., Van Exel, J., Leensvaart, L. & Cramm, J. M., 2015. Healthcare professionals' views on patient centered care in hospitals. *BMC Health Services Research*, 15, art. ID 385, pp. 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1049-z> PMID:26373841; PMCID: PMC4572638
- Buckingham, M., 2015. *Most HR data is bad data*. Available at: <https://hbr.org/2015/02/most-hr-data-is-bad-data> [23. 6. 2015].
- Cencič, M., 2009. *Kako poteka pedagoško raziskovanje: primer kvantitativne empirične neeksperimentalne raziskave*. Ljubljana: Zavod RS za šolstvo.
- Douglas, C.H. & Douglas, M.R., 2004. Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective. *Health expectations*, 7(1), pp. 61–73. <https://doi.org/10.1046/j.1369-6513.2003.00251.x> PMID:14982500; PMCID:PMC5060211
- Edlund, M., Lindwall, L., von Post, I. & Lindström, U.A., 2013. Concept determination of human dignity. *Nursing ethic*, 20(8), pp. 851–860. <https://doi.org/10.1177/0969733013487193> PMID:23812559
- Eyni, E., Hasani, A., Fereidouni, P. & Seyed Andi, J., 2017. Effect of nursing staff training on respecting the privacy of patients in the emergency department. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 4(2), pp. 11–18. Available at: <http://jnms.mazums.ac.ir/article-1-278-en.html> [15. 12. 2018].

- 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.
<https://doi.org/10.1186/s12913-015-0704-8>
PMid:25627836; PMCID: PMC4312597
- Ferkulj, S., 2011. *Pravica pacienta do zasebnosti v zdravstveni obravnavi: magistrsko delo*. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede. Available at:
<http://dkum.uni-mb.si/Dokument.php?id=26271> [28. 3. 2012].
- 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.
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.10.012>
PMid:24246690
- International Council of Nurses. *The ICN code of ethics for nurses*, 2012. Available at: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf [10. 3. 2018].
- 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.
- 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. [10. 6. 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.
<https://doi.org/10.1186/s12904-015-0013-3>
PMid:25883533; PMCID: PMC4399754
- Kodeks etike v zdravstveni negi in oskrbi Slovenije in Kodeks etike za babice Slovenije*, 2014. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.
- 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.
<https://doi.org/10.1111/jan.12455>
PMid:24866233
- 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.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03499.x>
PMid:21320204
- Lin, Y.P., Watson, R. & Tsai, Y.F., 2013a. Dignity in care in the clinical setting: a narrative review. *Nursing Ethics*, 20(2), pp. 168–177.
<https://doi.org/10.1177/0969733012458609>
PMid:23131700
- Lin, Y.K., Lee, W.C., Kuo, L.C., Cheng, Y.C., Lin, C.J., Lin, H.L., et al., 2013b. Building an ethical environment improves patient privacy and satisfaction in the crowded emergency department: a quasi-experimental study. *BMC Medical Ethics*, 14(8), pp. 1–8.
<https://doi.org/10.1186/1472-6939-14-8>
PMid:23421603; PMCID: PMC3616842
- 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, et al., 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. Available at:
http://www.obzornikzdravstvenenege.si/Celoten_clanek.aspx?ID=ba4d3432-f26b-4e11-85bc-62ae88865723 [15. 12. 2018].
- Ministrstvo za zdravje, 2009. *Nacionalna anketa o izkušnjah odraslih pacientov v akutni bolnišnici*. Available at: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploadsmz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/anketa_kakovosti_pacienti_2006/anketa_2008_porocilo/Porocilo_Nacionalne_ankete_v_akutnih_bolniscnah [22. 6. 2012].
- Oosterveld-Vlug, M.G., Pasman, 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.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-353>
PMid:24041222; PMCID: PMC3850947
- Pallant, J., 2010. *SPSS survival manual*, 4th ed. Maidenhead Open University Press: McGraw-Hill.
- Pellegrino, E.D., 2008. The lived experience of human dignity. In: A. Schulman, ed. *Human Dignity and Bioethics: essays Commissioned by the President's Council on Bioethics*. Washington: The President Council on Bioethics, pp. 513–537.
- 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.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1800.2009.00481.x>
PMid:20137029

- 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>. [28. 3. 2012].
- 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. <https://doi.org/10.1177/0269216315575681> PMID:25802322
- 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. <https://doi.org/10.1177/0969733013513215> PMID:24561448
- Šanáková, Š. & Čáp, J. 2018. Dignity from the nurses' and older patients' perspective: a qualitative literature review. *Nursing ethics*, 25(1). <https://doi.org/10.1177/0969733017747960> PMID:29471725
- Šmitek, J., 2006. Pomen človekovega dostojanstva v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 40(1), pp. 23–35. Available at: <http://www.obzornikzdravstvenenege.si/2006.40.1.23> [10. 11. 2017].
- 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. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.6.28904> PMID:18414308
- 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. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.7.29067> PMID:18642689
- World Medical Association, 2013. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), pp. 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053> PMID:24141714
- Zirak, M., Ghafourifard, M. & Aliafsari Mamaghani, E., 2017. Patients' dignity and its relationship with contextual variables: a crosssectional study. *Journal of Caring Sciences*, 6(1), pp. 49–57. <https://doi.org/10.15171/jcs.2017.006> PMID:28299297; PMCID:PMC5348662

Citirajte kot / Cite as:

Bahun, M. & Skela-Savič, B., 2018. Dojemanje dostojanstva pacientov z vidika zdravstvenih delavcev: eksplorativna raziskava. *Obzornik zdravstvene nege*, 52(1), pp. 90–99. <https://doi.org/10.14528/snr.2018.52.2.204>