

Etičnost razmišljanja in diskriminacija v zdravstveni negi

Aleksander Mlinšek*

UKC Ljubljana, KO za travmatologijo, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana, Slovenija
aleksander.mlinsek@kclj.si

Povzetek:

RV: Osebna odličnost izvajalcev zdravstvene nege, usmerjena v samopreseganje in dosežke, je ključnega pomena za doseganje odličnosti v zdravstveni negi. Vprašanje je, ali kljub visoko postavljenim etičnim standardom v zdravstveni negi lahko prihaja do neenake obravnave pacientov.

Namen: Poklicni kodeks medicinskih sester je vodilo pri presojanju njihovega etičnega delovanja. Ljudje smo med seboj različni, imamo pa enake pravice v zdravstvenem sistemu, katere morajo zagotavljati izvajalci zdravstvenih storitev. Potreba po presejanju neenakosti mora postati temeljni gradnik odličnosti v zdravstvu.

Metoda: Izvedli smo manjšo kvantitativno raziskavo med medicinskimi sestrami na enem izmed oddelkov v slovenski bolnišnici. Za analizo rezultatov smo uporabili frekvenčno statistiko, Spearmanov test korelacije rangov in HI-kvadrat test.

Rezultati: Izvajalci zdravstvene nege se zavedajo pomena etike pri svoji formaciji. Poklicni kodeks poznajo razmeroma dobro; 8,4 % anketiranih ni bilo prepričanih o tem, ali jasno opredeljuje načela spoštovanja enakosti. Diskriminacijo pacientov, ki jo sami povzročajo, zaznavajo v manjši meri. Etična ozaveščenost izvajalcev zdravstvene nege ne vpliva na identifikacijo s poklicem. Stopnja izobrazbe in percepcija diskriminacije glede na religiozno pripadnost imata medsebojni vpliv. Stopnja izobrazbe pa nima vpliva na zaznavanje diskriminacije glede na ostale okoliščine.

Organizacija: Zdravstvene organizacije bi morale higieno etičnega razmišljanja integrirati med svoje strateške cilje. Kakovost ni le v kvantificiranju podatkov; v sistemu, kot je zdravstvo, je osebna odličnost izvajalcev zdravstvenih storitev, ki jo je težko meriti, temeljni gradnik odličnosti organizacije in zadovoljstva pacientov.

Originalnost: Raziskav s področja percepcije diskriminacije v zdravstvu ni veliko. Članek odpira občutljivo temo, o kateri se premalo govori.

Omejitve: Raziskava je bila opravljena na manjšem vzorcu. Raziskati bi bilo potrebno obojestransko percepcijo diskriminacije v zdravstveni negi, tako z vidika izvajalcev zdravstvene nege kakor pacientov. Smiselno bi bilo primerjati razlike v percepciji diskriminacije v zasebnih in v javnih zdravstvenih ustanovah.

Ključne besede: etika, diskriminacija, zdravstvena nega

Tipologija COBISS: 1.04 strokovni članek

1 Uvod

Medicinske sestre morajo za profesionalno opravljanje poklica razviti visoko stopnjo etičnega zavedanja. Pri presojanju etičnosti odločitev jim je v pomoč profesionalni kodeks etike, ki mora biti vodilo pri presoji njihovega delovanja.

Kljub visoko postavljenim etičnim standardom pacienti občutijo razlike v zdravstvu, tako na družbeni kakor na osebni ravni v odnosu z medicinskimi sestrami.

Etika bi morala zavzemati pomembno mesto pri formaciji medicinskih sester. Zavedati bi se morale jasno opredeljenih načel enakosti opredeljenih v poklicnem kodeksu. V raziskavi, ki

* Korespondenčni avtor

smo jo opravili, nas je zanimalo, ali medicinske sestre zaznavajo diskriminatoren odnos do pacientov in kako delovne izkušnje in izobrazba vplivajo na njihovo etično držo.

Namen članka je opozoriti na diskriminacijo v zdravstveni negi, ki lahko vpliva na kakovost zdravstvene nege in na izide zdravljenja.

2 Etika v zdravstveni negi

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije – 2005 (2010, načelo I) pravi, da »[d]ejavniki, kot so rasa, narodnost, vera, socialni položaj, spol, starost, zdravstveno stanje ali politično prepričanje, ne smejo vplivati na odnos do pacienta«. Kodeks poudarja štiri temeljne naloge medicinske sestre: krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja in lajšanje trpljenja. Za vse medicinske sestre in sodelavke v negovalnem timu služi kot osnova za etično presojo njihovega dela (Grbec, 2004, str. 185).

Dolžnost spoštovanja načel enakosti medicinskim sestram nalaga tudi Zakon o pacientovih pravicah (2008, 3. člen).

Medicinska sestra mora biti kot zdravstveni strokovnjak za učinkovito reševanje etičnih dilem v praksi občutljiva na etična vprašanja, ki so povezana z njeno poklicno odgovornostjo spoštovanja in zagovorništva pacientovih pravic (Kim, Park, You, Seo, & Han, 2005, str. 595).

Spoštovanje in razvijanje humanih vrednot poklica omogoča medicinski sestri osebno rast ter zadovoljstvo pri delu (Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije – 2005, 2010, predgovor).

Hall, Moore in Barnsteiner (2008, str. 417–424) so prepričani, da medicinske sestre, ki izkazujejo strokovno delovno etiko, zagotavljajo višjo kakovost storitev in so bolj zadovoljne s svojim delom. Profesionalno delovno etiko opredeljuje skrb za pacienta, zavezanost varnosti pacientov in na dokazih podprta praksa (Bartzak, 2010, str. 85).

Ljudje se med seboj razlikujemo v marsičem, vsem pa je skupno človeško dostojanstvo, do katerega imamo vsi enako pravico. V odnosu do bolnih, trpečih in ranljivih je spoštovanje človeškega dostojanstva še posebej pomembno. Poleg strokovne usposobljenosti mora imeti medicinska sestra določene osebne lastnosti, ki se kažejo z notranjim sprejetjem vrednot poklica. Brez te notranje drže si je težko predstavljati medicinsko sestro, ki bi bila zadovoljna v svojem poklicu.

3 Neenakost v zdravstvu

O enakosti vseh ljudi, ne glede na okoliščine govori Splošna deklaracija človekovih pravic, ki jo je sprejela in razglasila Generalna skupščina Združenih narodov (Deklaracija Generalne skupščine 217A(III), 1948).

Kljub visoko postavljenim etičnim standardom razlike v zdravstvu obstajajo. Izkušnje pacientov o diskriminaciji znotraj zdravstvenega sistema so povezane predvsem z odloženo zdravstveno oskrbo, nepripravljenostjo za nudenje zdravniške pomoči ter slabim zdravstvenim stanjem (Hudelson, Kolly, & Perneger, 2009, str. 24).

Jones (2010) pravi, da so razlike v zdravju moralna napaka, ki jo je treba obravnavati. Neenakosti vidi predvsem v rasni, narodnostni in socialno ekonomski komponenti. Razviti moramo ustvarjalne, široko zasnovane pristope za obravnavo teh razlik. Mogoče lahko k reševanju tega problema prispeva javna ozaveščenost o zdravstveni neenakosti kot moralnemu vprašanju (str. S47–S50). Manj je znanega o pacientovih izkušnjah drugih oblik diskriminacije, ki temeljijo na spolu, starosti, spolni usmerjenosti in stigmatizaciji bolezenskega stanja ter o njihovem vplivu na kakovost in zadovoljstvo z zdravstveno oskrbo (Hudelson, Kolly, & Perneger, 2009, str. 25).

4 Zaznavanje diskriminacije

Brener, von Hippel, von Hippel, Resnick in Treloar (2010) so raziskovali zaznavanje diskriminacije pri zdravljenih odvisnikih od prepovedanih drog s strani osebja kot pomembnem dejavniku pri zaključku zdravljenja. Pokazali so na pomembno interakcijo odnosa med osebjem in pacienti na izid in trajanje zdravljenja, zlasti na percepcijo pacientov o diskriminaciji s strani osebja. (str. 494–495).

Hudelsonova je s sodelavci leta 2007 v Univerzitetni bolnišnici v Genevi raziskovala pacientova občutja diskriminacije med hospitalizacijo na večjem vzorcu udeležencev (1537); v raziskavo so bili vključeni odpuščeni pacienti. Kar 11,1 % respondentov je poročalo o vsaj enem viru diskriminacije. Najbolj pogosti vzroki diskriminacije so bili jezik, starost, narodnost in bolezensko stanje. Zbiranje podatkov o izkušnjah pacientov o diskriminaciji vidi kot prispevek k razvoju intervencij, katerih cilj je zagotovi spoštljivo in kakovostno oskrbo za vse paciente. Respondenti so med drugim zaznali diskriminacijo tudi v povezavi z njihovim socialno ekonomskim položajem, službo, fizično in psihično drugačnostjo, stopnjo izobrazbe, marginalnim življenjskim stilom, barvo kože, veliko jih je zaznalo diskriminacijo, povezano s priseljevanjem. Na diskriminacijo vplivata spol in starost, saj je le ta pogostejša pri ženskah in pri starejših ljudeh. Dokopali so se do zanimive ugotovitve, da pacienti, ki so bili odpuščeni z zasebnih oddelkov bolnišnice, diskriminacije niso zaznali (Hudelson, Kolly, & Perneger, 2009, str. 24–26).

Rožman (2011, str. 153) opisuje zgodbo nekega brezdomca: »V bolnišnico so me pripeljali z reševalnim vozilom, tam me je sestra vprašala: “Ali imate zdravstveno zavarovanje? Rekla je, da se oni ne ukvarjajo s klošarji, ampak z resnimi poškodbami. Dve uri sem ležal na urgenci na ležečem vozičku, potem je prišel en moški, ki me je odpeljal po temnih hodnikih do oddelka, zraven si je žvižgal, ko pa me je pripeljal do oddelka, se je začela odvijati drama; imel sem pretres možganov. Najprej mi je sestra za dobrodošlico rekla, da naj se grem umiti, ker smrdim kot kuga, ostali pacienti, ki so bili na hodniku, so me gledali, kot ne vem kaj. Čez

dva dni mi je zdravnik na viziti rekel, da naj grem domov počivat, navodil mi niso dali, oblekel sem se v umazane cunje in odšel.”«

Pacienti so ob koncu hospitalizacije zapisali (Mlinšek, 2010, str. 44): »Nekatere sestre posvečajo premalo pozornosti starejšim bolnikom [...].« Zapisali so še (str. 51): »Sestre se velikokrat vedejo neprimerno do starejših pacientov, ker slabo slišijo in nerazločno govorijo. Sestre se vedejo osorno, žaljivo in nepotrpežljivo, čeprav pacient ni imel nobenih slabih namenov. Predlagam, da se jim nazorno pojasni, da bodo enkrat v njihovi koži [...] Sestre, neprijazne do ljudi, ki so starejši in res potrebujejo pomoč večkrat in jim je odveč oziroma se z neprimernimi izjavami znašajo nad bolniki [...].« Pa tudi (Mlinšek, 2011, str. 53): »Osebjem je na splošno prijazno, razen redkih izjem. Sama nisem imela problemov, sem pa to opazila pri drugih pacientih, največkrat starejših.«

Refleksija pomeni neprestano zavestno zavedanje samega sebe kot medicinske sestre med interakcijo z drugimi. Če se medicinska sestra zavestno ne ukvarja z refleksijo, bo v svojem nastopu bolj verjetno rigidna in bo slepo sledila politiki inštitucije in procesom, ne glede na kontekst skrbi. Refleksija pomaga medicinski sestri v klinični praksi in pri etičnem sklepanju pri kompleksnosti znanja, ki ga potrebuje za izvajanje zdravstvene nege (Fairchild, 2010, str. 359).

Hipoteza 1: Medicinske sestre se zavedajo pomena etike pri svoji formaciji in poznajo poklicni kodeks.

Hipoteza 2: Izvajalci zdravstvene nege se zavedajo, da povzročajo diskriminacijo pacientov, ki imajo bolnišnično okužbo.

Hipoteza 3: Etična ozaveščenost izvajalcev zdravstvene nege vpliva na identifikacijo s poklicem.

Hipoteza 4: Delovna doba vpliva na zaznavanje diskriminacije pri izvajalcih zdravstvene nege.

Hipoteza 5: Stopnja izobrazbe vpliva na zaznavanje diskriminacije pri izvajalcih zdravstvene nege.

5 Metoda raziskave

Raziskavo smo opravili s pomočjo spletne ankete, ki smo jo opravili pri izvajalcih zdravstvene nege na enem izmed večjih oddelkov v slovenski bolnišnici. Anketni vprašalnik smo poslali 97-im izvajalcem zdravstvene nege. Na anketo je odgovorilo 48 (49,5 %) respondentov.

Za analizo podatkov smo uporabili statistično orodje IBM SPS Statistics 20.0. Za prvo in drugo hipotezo smo uporabili frekvenčno statistiko. Za tretjo hipotezo smo uporabili Spearmanov test med dvema Likertovima lestvicama. Za četrto in peto hipotezo smo uporabili HI-kvadrat test.

Anketirancem smo postavili 8 vprašanj. Štiri vprašanja so bila postavljena s pomočjo Likertove intervalne lestvice od 1 do 5: (1) popolnoma se strinjam, (2) v veliki meri se strinjam, (3) niti se ne strinjam niti ne nasprotujem, (4) delno se strinjam, (5) nikakor se ne strinjam.

Prvi dve vprašanji sta bili trditvi, ki so jo respondenti ocenjevali na Likertovi lestvici. Prva trditev se je glasila: »Etika ima velik pomen pri formaciji izvajalcev zdravstvene nege.« Druga trditev je bila: »Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije jasno opredeljuje načela spoštovanja enakosti.«

Tretje vprašanje: »Izvajalci zdravstvene nege se občasno diskriminatorno vedemo do pacientov zaradi različnih okoliščin, kot so: spol, starost, religiozna pripadnost in bolezensko stanje«, je bilo zastavljeno v obliki nominalne spremenljivke (da, ne).

Odgovor na četrto vprašanje je predstavljala intervalna spremenljivka na Likertovi lestvici z oceno trditve: »Do pacienta, ki ima bolnišnično okužbo, imam popolnoma enak profesionalni odnos kot do ostalih pacientov.«

Peta trditev na Likertovi lestvici se je glasila: »Če bi se za poklic odločal(a) še enkrat, bi se odločil(a) za enak poklic.«

Zadnja tri vprašanja predstavljajo demografske podatke.

Na šesto vprašanje (moja dopolnjena delovna doba v zdravstvu) je bilo mogoče odgovoriti z diskretno razmernostno spremenljivko.

Sedmo vprašanje je bilo vprašanje o doseženi stopnji izobrazbe: (1) V: srednješolska, (2) VI: višješolska, (3) VII/I: visoko strokovna / bolonjski program 1. stopnja in (4) VII/II: univerzitetna / bolonjski program 2. stopnja. Spremenljivka je nominalna.

Zadnje vprašanje je vprašanje o spolu (nominalna spremenljivka).

6 Rezultati raziskave

Vsi odgovori na Likertovih lestvicah kažejo asimetrično porazdelitev v desno, zato smo za testiranje hipotez uporabili neparametrične teste.

Hipoteza 1: Izvajalci zdravstvene nege se zavedajo pomena etike pri svoji formaciji in poznajo poklicni kodeks.

Tabela 1: Zavedanje pomena etike in poznavanje poklicnega kodeksa

	N	Povprečje	Std. odklon	Min	Max
Etika ima velik pomen pri formaciji izvajalcev zdravstvene nege	48	1,33	0,595	1	4
Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije jasno opredeljuje načela spoštovanja enakosti	48	1,42	0,710	1	4

Tabela 2: Etika ima pomen pri formaciji izvajalcev zdravstvene nege

	Frekvenca	Odstotek
1 Popolnoma se strinjam	34	70,8
2 V veliki meri se strinjam	13	27,1
4 Delno se strinjam	1	2,1
Skupaj	48	100,0

Tabela 3: Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije jasno opredeljuje načela spoštovanja enakosti

	Frekvenca	Odstotek
1 Popolnoma se strinjam	33	68,8
2 V veliki meri se strinjam	11	22,9
3 Niti se ne strinjam niti ne nasprotujem	3	6,3
4 Delno se strinjam	1	2,1
Skupaj	48	100,0

Hipoteza 2: Izvajalci zdravstvene nege se zavedajo, da povzročajo diskriminacijo pacientov, ki imajo bolnišnično okužbo.

Tabela 4: Zavedanje percepcije diskriminacije pacientov, ki imajo bolnišnično okužbo

	N	Povprečje	Std. odklon	Min	Max
Do pacienta, ki ima bolnišnično okužbo, imam popolnoma enak profesionalni odnos kot do ostalih pacientov	48	1,17	0,429	1	3

Tabela 5: Do pacienta, ki ima bolnišnično okužbo, imam popolnoma enak profesionalni odnos kot do ostalih pacientov

	Frekvenca	Odstotek
1 Popolnoma se strinjam	41	85,4
2 V veliki meri se strinjam	6	12,5
3 Niti se ne strinjam niti ne nasprotujem	1	2,1
Skupaj	48	100,0

Hipoteza 3: Etična ozaveščenost izvajalcev zdravstvene nege vpliva na identifikacijo s poklicem.

V anketi smo postavili dve vprašanji na petstopenjski Likertovi lestvici. Prvo vprašanje je bilo: »Etika ima velik pomen pri formaciji zdravstvenih delavcev«, drugo: »Če bi se za poklic odločal še enkrat, bi se odločil za enak poklic«. Obe spremenljivki sta intervalni, ker pa nista normalno porazdeljeni, za statistični test uporabimo Spearmanov test korelacije rangov.

Tabela 6: Vpliv etične ozaveščenosti na identifikacijo s poklicem (Spearmanov test korelacije rangov)

		Če bi se za poklic odločal še enkrat, bi se odločil za enak poklic	
Spearman's rho	Etika ima velik pomen pri formaciji izvajalcev zdravstvene nege	Korelacijski koeficient	-0,103
		p	0,487
		N	48

Respondentom smo zastavili vprašanje, ali se občasno diskriminatorsno vedejo do pacientov zaradi različnih okoliščin, kot so spol, starost, religiozna pripadnost in bolezensko stanje.

Tabela 7: Občasno diskriminatorno vedenje do pacientov zaradi različnih okoliščin

	N	DA	NE
Spol	47	3	44
Starost	47	10	37
Religiozna pripadnost	48	10	38
Bolezensko stanje	47	13	34

Hipoteza 4: Delovna doba vpliva na zaznavanje diskriminacije pri izvajalcih zdravstvene nege.

Respondente smo glede na dopolnjeno delovno dobo razdelili v dve skupini: v skupino do vključno 10 let dopolnjene delovne dobe (12 respondentov, 25 %) in v skupino nad 10 let dopolnjene delovne dobe (36 respondentov, 75 %). S HI-kvadrat testom smo testirali razlike med tema dvema skupinama in percepcijo diskriminacije glede na različne okoliščine.

Tabela 8: Testiranje razlik percepcije diskriminacije glede na delovno dobo

	hi kvadrat	df	p
spol	0,103	1	0,749
starost	0,204	1	0,651
religiozna pripadnost	0,168	1	0,682
bolezensko stanje	0,973	1	0,324

Hipoteza 5: Stopnja izobrazbe vpliva na zaznavanje diskriminacije pri izvajalcih zdravstvene nege.

Respondente smo glede na stopnjo izobrazbe razdelili v dve skupini: v skupino s srednješolsko izobrazbo (25 respondentov, 52,1 %) in vse ostale (23 respondentov, 47,9 %). S HI-kvadrat testom smo testirali razlike med tema dvema skupinama in percepcijo diskriminacije glede na različne okoliščine.

Tabela 9: Testiranje razlik percepcije diskriminacije glede na izobrazbo

	hi kvadrat	df	p
spol	3,642	1	0,056
starost	0,052	1	0,820
religiozna pripadnost	8,964	1	0,003
bolezensko stanje	0,357	1	0,550

Za bolj zanesljive rezultate bi morali raziskavo opraviti na večjem vzorcu.

7 Razprava

Hipotezo 1, da se izvajalci zdravstvene nege zavedajo pomena etike pri svoji formaciji lahko potrdimo. 97,9 % respondentov se strinja, da ima etika velik pomen pri formaciji izvajalcev zdravstvene nege, eden (2,1 %) se s trditvijo delno strinja.

Poznavanje poklicnega kodeksa smo ocenjevali na podlagi strinjanja s trditvijo, da Kodeks jasno opredeljuje načela spoštovanja enakosti. 33 (68,8 %) respondentov se s trditvijo popolnoma strinja, 11 (22,9 %) se jih s trditvijo strinja v veliki meri, trije (6,3 %) se ne morejo odločiti, eden (2,1 %) se s trditvijo delno strinja. Izvajalci zdravstvene nege razmeroma dobro poznajo poklicni kodeks, saj se s trditvijo strinja 91,7 % respondentov.

Hipoteze 2, ki pravi, da se izvajalci zdravstvene nege zavedajo, da povzročajo diskriminacijo pacientov, ki imajo bolnišnično okužbo, ne moremo potrditi. 97,9 % respondentov trdi, da imajo do pacienta, ki ima bolnišnično okužbo, popolnoma enak profesionalni odnos kot do ostalih pacientov, eden (2,1 %) je glede trditve negotov.

Hipoteze 3 ne moremo potrditi. Za ocenjevanje korelacije rangov med spremenljivkama trditev: »Etika ima velik pomen pri formaciji zdravstvenih delavcev« in: »Če bi se še enkrat odločal za poklic, bi se odločil za enak poklic,« smo uporabili Spearmanov test. Ugotovili smo, da je med spremenljivkama zelo majhna negativna korelacija, ki ni statistično signifikantna ($r_s(46) = -0,103$, $p = 0,487$). Etična ozaveščenost izvajalcev zdravstvene nege nima vpliva na identifikacijo s poklicem.

Hipoteze 4, da delovna doba vpliva na zaznavanje diskriminacije pri izvajalcih zdravstvene nege, ne moremo posploševati. Med delovno dobo in zaznavanjem diskriminacije pri izvajalcih zdravstvene nege ni povezanosti.

Respondenti zaznavajo diskriminacijo, ki jo sami povzročajo pacientom v manjši meri. Najmanj diskriminacije povzročajo zaradi spola (6,3 %), največ zaradi bolezenskega stanja (27,1 %). Diskriminacije na podlagi starosti in religiozne pripadnosti se zavedajo v 20,8 %. Na tri vprašanja en respondent ni odgovoril.

Potrdimo lahko hipotezo 5, da imata stopnja izobrazbe in percepcija diskriminacije glede na religiozno pripadnost medsebojni vpliv. Stopnja izobrazbe pa nima vpliva na zaznavanje diskriminacije glede na ostale okoliščine.

8 Zaključek

Raziskav s področja percepcije diskriminacije v zdravstvu ni veliko. Raziskava odpira občutljivo temo, o kateri se v strokovnih krogih premalo govori. Etika ima v zdravstvu pomembno mesto in v ospredje postavlja skrb za pacienta in enake možnosti za vse. Področje enakosti ureja tudi zdravstvena zakonodaja.

Voditelji v zdravstveni negi bi morali skrb za higieno etičnega razmišljanja namenjati enako vlogo kakor strokovnemu znanju. Danes se v zdravstvu veliko govori o kakovosti obravnave in o varnosti pacientov, spremljanju kazalnikov in izidov obravnave. Kakovosti v zdravstvu pa ne more biti brez osebne odličnosti izvajalcev zdravstvenih storitev. Temelj osebne odličnosti je etično razmišljanje; prave odločitve vodijo do pravih dejanj, le-ta pa oblikujejo značaj izvajalcev, ki lahko organizacijo vodi od odločitve za kakovost na pot do odličnosti, ki je neprestana dinamika iskanja pravih rešitev.

Hudelson, Kolly in Perneger (2009, str. 30) so ugotovili, da na zasebnih oddelkih pacienti niso zaznali diskriminacije s strani osebja. Zanimivo bi bilo raziskati dejavnike osebne odličnosti zaposlenih na zasebnih oddelkih in zgraditi etične modele, ki bi lahko izvajalcem zdravstvenih storitev pomagali pri preseganju neenakosti.

Zanimivo bi bilo primerjati percepcijo diskriminacije pacientov s strani osebja in s strani pacientov. Street (2010, str. 21) je opravil zanimivo raziskavo po pogovoru pacienta z zdravnikom in ugotovil, da so zdravniki zelo slabo presodili pacientova prepričanja o zdravju. Gotovo so razhajanja tudi med percepcijo o diskriminaciji s strani medicinskih sester in s strani njihovih pacientov.

Etiko je težko raziskovati, saj temelji na osebni odločitvi vsakega posameznika. Raziskava je bila časovno omejena; za poglobljeno študijo bi potrebovali soglasje etične komisije, predvsem pa bi bilo potrebno kvantitativne rezultate osvetliti s kvalitativno raziskavo. Dejansko stanje o diskriminaciji bi lahko na podlagi poglobljene študije ocenili le pacienti, saj je vsak zaposleni zase dobronamerno prepričan, da ravna prav.

Reference

1. Bartzak, P. (2010). Professional Work Ethic: Strategies to Motivate Bedside Nurses to Deliver High-Quality Patient Care. *Medsurg Nursing*, 19(2), 85–89.
2. Brener, L., von Hippel, W., von Hippel, C., Resnick, I., & Treloar, C. (2010). Perceptions of discriminatory treatment by staff as predictors of drug treatment completion: Utility of a mixed methods approach. *Drug & Alcohol Review*, 29(5), 491–497. doi:10.1111/j.1465-3362.2010.00173.x
3. Deklaracija Generalne skupščine 217A(III). *Universal declaration of human rights* – Splošna deklaracija človekovih pravic, sprejeta 10. decembra 1948 (1948). Pridobljeno na <http://www.un.org/cyberschoolbus/humanrights/resources/universal.asp>
4. Fairchild, R. M. (2010). Practical ethical theory for nurses responding to complexity in care. *Nursing Ethics*, 17(3), 353–362. doi:10.1177/0969733010361442
5. Grbec, V. (2004). 10 let kodeksa etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov: od medicinske etike do etike v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 38(2), 183–186.
6. Hall, L., Moore, S., & Barnsteiner, J. (2008). Quality and Nursing: Moving from A Concept to a Core Competency. *Urologic Nursing*, 28(6), 417–426.
7. Hudelson, P., Kolly, V., & Perneger, T. (2009). Patients' perceptions of discrimination during hospitalization. *Health Expectations*, 13(1), 24–32. doi:10.1111/j.1369-7625.2009.00577.x
8. Jones, C. M. (2010). The Moral Problem of Health Disparities. *American Journal Of Public Health*, 100(S1), S47–S51.
9. Kim, Y., Park, J., You, M., Seo, Y., & Han, S. (2005). Sensitivity to Ethical Issues Confronted by Korean Hospital Staff Nurses. *Nursing Ethics*, 12(6), 595–605. doi:10.1191/0969733005ne829oa
10. Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije – 2005 (2010, 21. maj). *Uradni list RS št. 40/2010*.
11. Mlinšek, A. (2010). *Zadovoljstvo pacientov z bolnišnično zdravstveno obravnavo – letno poročilo 2009*. Ljubljana: Klinični oddelek za travmatologijo.
12. Mlinšek, A. (2011). *Zadovoljstvo pacientov z bolnišnično zdravstveno obravnavo – letno poročilo 2010*. Ljubljana: Klinični oddelek za travmatologijo.
13. Rožman, M. (2011). Diskriminacija ranljivih skupin v zdravstveni negi. V B. Skela Savić (ur.), *Napredna znanja za kakovostno delo s študenti zdravstvene nege – poklicna etika in profesionalni razvoj* (str. 151–156). Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego.

14. Street Jr, R. L., & Haidet, P. (2010). How Well Do Doctors Know their Patients? Factors Affecting Physician Understanding of Patients' Health Beliefs. *Journal of General Internal Medicine*, 26(1), 21–27. doi: 10.1007/s11606-010-1453-3
15. Zakon o pacientovih pravicah (2008, 11. februar). *Uradni list RS št. 15/2008*.

Priloga: Pregled spremenljivk

Etika ima velik pomen pri formaciji izvajalcev zdravstvene nege.	1-5	intervalna
Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije jasno opredeljuje načela spoštovanja enakosti.	1-5	intervalna
Izvajalci zdravstvene nege se občasno diskriminatorno vedemo do pacientov zaradi različnih okoliščin kot so: spol, starost, religiozna pripadnost, bolezensko stanje.	DA/NE	nominalna
Do pacienta, ki ima bolnišnično okužbo, imam popolnoma enak profesionalni odnos kot do ostalih pacientov.	1-5	intervalna
Če bi se za poklic odločal(a) še enkrat, bi se odločil(a) za enak poklic.	1-5	intervalna
Moja dopolnjena delovna doba v zdravstvu (v letih):	99	razmernostna
Dosežena stopnja izobrazbe:	1/2/3/4	nominalna
Spol	M/Ž	nominalna

Aleksander Mlinšek (1974) je diplomiral na Visoki šoli za zdravstvo. Na Kliničnem oddelku za travmatologijo Kirurške klinike v UKC Ljubljana je zaposlen od leta 1995. Od leta 2008 se ukvarja z razvojem in kakovostjo na oddelku.

Abstract

Title: Ethical thinking and discrimination in health care

RQ: Personal excellence of nursing focusing on self-transcendence and achievements is crucial for achieving excellence in health care. The question is whether there is unequal treatment of patients despite high ethical standards placed in health care.

Purpose: Professional nurses code is a guide in assessing their ethical performance. People are different amongst each other, but have the same rights in the health system, which should be provided by health care services. The need to overcome inequalities has become a cornerstone of excellence in health care.

Method: A small quantitative survey of nurses was conducted in one of the departments in a Slovenian hospital. To analyse the results, we used frequency statistics, Spearman's rank correlation test and chi-square test.

Results: Providers of health care services are aware of the importance of ethics in its formation. Professional Code is relatively well known; 8.4 % of the respondents were not sure if they clearly define the principles of respect for equality. Discrimination, caused by providers of health care, is of a less extent. Ethical awareness among health care providers does not affect identification with the profession. The education level of nursing personnel and the perception of discrimination based on religious affiliation influenced one another. Education has no influence on the perception of discrimination based on other circumstances.

Organization: Health care organizations should integrate hygiene ethical thinking among its strategic goals. Quality is not only quantifying the data. Personal excellence of health care providers, which is difficult to measure, is the basic building block of organizational excellence and patient satisfaction.

Originality: There are not many research studies on perceptions of discrimination in health care. The article raises the sensitive issue that we should talk more about.

Limitations: The survey was conducted on a small sample size. Further research should be conducted on perception of discrimination of both sides in health care, both in terms of health care providers as patients. It may be worthwhile to compare the differences in the perception of discrimination in private and in public hospitals.

Keywords: ethics, discrimination, health care