



Visoka šola
za zdravstveno nego
Jesenice

College
of Nursing
Jesenice

Diplomsko delo
visokošolskega strokovnega študijskega programa prve
stopnje
ZDRAVSTVENA NEGA

**ETIČNE IN MORALNE DILEME V
ZDRAVSTVENI NEGI HUDO BOLNIH IN
UMIRAJOČIH**

**MORAL ETHICAL DILLEMAS IN
NURSING CARE OF SERIOUSLY ILL AND
DYING PATIENTS**

Mentor: izr. prof. dr. Brigita Skela Savič

Somentor: mag. Andreja Prebil, asist.

Kandidat: Anja Jeršin Grilc

Jesenice, marec, 2013

ZAHVALA

Najprej bi se rada zahvalila svoji mentorici izr. prof. dr. Brigiti Skela Savič in somentorici mag. Andreji Prebil, asist., za vso pomoč, usmeritve, nasvete in izkazano podporo pri pisanju diplomske naloge.

Zahvaljujem se dr. Anji Simonič, pred. in Karmen Romih, mag. zdr. nege za recenzijo diplomskega dela.

Zahvaljujem se lektorici Maruši Rezar za lektoriranje diplomske naloge.

Hvaležna sem moji družini, ki mi je omogočila študij, mi ves čas stala ob strani, me spodbujala in verjela vame.

POVZETEK

Teoretična izhodišča: V zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih se medicinske sestre srečujejo z moralno-etičnimi dilemami, zaradi katerih občutijo moralni stres. Moralno-etične dileme ob koncu življenja so evtanazija, lajšanje bolečine, trpljenja, agresivno zdravljenje, vnaprej izražena želja o postopkih v času umiranja, umetno prehranjevanje itd.

Cilj: Cilj diplomske naloge je ugotoviti stališča medicinskih sester o moralno-etičnih dilemah in povezanost le-teh z občutenjem moralnega stresa.

Metoda: Uporabili smo kvantitativno opisno metodo anketiranja. Po metodi namenskega vzorca smo med medicinske sestre v intenzivni terapiji in paliativni negi nenaključno razdelili 60 anket. Vrnjenih je bilo 38 anketnih vprašalnikov, realizacija vzorca je bila 63,3%. Vprašalnik je bil zaprtega tipa in je vseboval 15 vprašanj zaprtega tipa, 1 vprašanje odprtega tipa in 22 trditev, ob katerih so anketiranci razvrščali ponujene odgovore na Likertovi lestvici od 1 do 5. Pridobljene podatke smo obdelali s pomočjo Microsoft Windows Excel in SPSS 18.0. Uporabili smo frekvence, odgovore smo primerjali glede na starost in izobrazbo anketiranih s pomočjo hi-kvadrat testa in testa za neodvisne vzorce.

Rezultati: Vsi anketirani so odgovorili, da se srečujejo z moralno-etičnimi dilemami, in sicer z umetnim podaljševanjem življenja in agresivnim zdravljenjem (73,7%) (28). 57,9% (22) anketiranih je odgovorilo, da jim moralno-etične dileme včasih povzročajo stres. Ob tem jih 81,6% (31) občuti žalost, 73,7% (28) pa čustveno in fizično izčrpanost. Moralni stres jim povzroči fizična in psihična bolečina, trpljenje pacienta in občutek nemoči pri zdravstveni negi umirajočih mlajših pacientov.

Razprava: Z raziskavo smo ugotovili, da se medicinske sestre v raziskavi vsakodnevno srečujejo z moralno etičnimi dilemami, kar jim povzroča moralni stres, ki se kaže z občutki kot so jeza, psihična in fizična izčrpanost, negativen odnos do poklica.

Ključne besede: moralno-etične dileme, zdravstvena nega hudo bolnih in umirajočih, moralni stres

ABSTRACT

Background and aims: Nursery of critically ill and dying patients can lead to different kind of moral and ethical dilemmas. Most common dilemmas are dealing with patient's severe pain, aggressive treatment, parenteral feeding and even eutanasy requests.

In work FE aimed to overview opinion of Slovenian nurses on moral ethical dilemmas at work and to find out the stressfulness effect.

Methods: Data collection was made by questionnaire analysis. 60 nurses working in ICU and palliative care wards were asked to fill the 15 questions long questionnaire. Questions were mainly closed type, one was open type, the rest were statements/answers sorting by Likert's grade. Reply was 63,3% (38 nurses).

Data were analysed used Microsoft Windows Excel and SPSS 18,0 programs. Answers were arranged and compared using hi-q and z- test method, regarding the age and education levels of participants.

Results: All participants confirmed to met moral ethical dilemmas in everyday work. Dilemmas most frequently (73,7%) arrived at patient's aggressive treatment and life sustaining procedures. Stress at moral ethical dilemmas was present in 57,9%, emotional and physical exhaustion in 73,7%, and sadness in 81,6% participants. Stress is mainly caused by patient's pain suffering and incompetence by nursery of young dying patients.

Conclusions: Moral-ethical dilemmas are met in nurse's everyday work.

They result in stress which is mainly shown as a episodes of anxiety, anger, emotional and physical exhaustion and negative attitude to profession.

Key words: ethics, health nursery, severe ill and dying patients, ethical and moral dilemmas, stress

KAZALO

1 UVOD	1
2 TEORETIČNI DEL	3
2.1 OPREDELITEV MORALNO-ETIČNIH DILEM.....	3
2.2 ZDRAVSTVENA NEGA HUDO BOLNEGA IN UMIRAJOČEGA PACIENTA	4
2.3 MORALNO-ETIČNE DILEME MEDICINSKIH SESTER PRI ZDRAVSTVENI NEGI HUDO BOLNIH IN UMIRAJOČIH	6
2.3.1 Ovire pri učinkovitem soočanju z moralno-etičnimi dilemami.....	9
2.4 STRES, IZGORELOST IN MORALNI STRES MEDICINSKIH SESTER, KI SE SOOČAJO Z MORALNO-ETIČNIMI DILEMAMI	10
2.5 OPREDELITEV STRESA, MORALNEGA STRESA IN IZGOREVANJA.	11
2.6 DEJAVNIKI, KI POVZROČAJO MORALNI STRES PRI MEDICINSKIH SESTRAH V ZDRAVSTVENI NEGI HUDO BOLNIH IN UMIRAJOČIH	13
2.7 NAČINI IN TEHNIKE SOOČANJA MEDICINSKIH SESTER Z MORALNIM STRESOM	14
3 EMPIRIČNI DEL.....	16
3.1 PROBLEMI IN CILJI RAZISKOVANJA	16
3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA.....	16
3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA.....	17
3.3.1 Metodologija in tehnika zbiranja podatkov	17
3.3.2 Opis instrumentarija	17
3.3.3 Opis vzorca	18
3.3.4 Potek raziskave.....	19
3.3.5 Opis obdelave podatkov	20
3.4. REZULTATI ANKETE	20
3.5 RAZPRAVA.....	32
4 ZAKLJUČEK	36
5 LITERATURA	37
6 PRILOGA	42

1 UVOD

V zdravstveni negi se vsakodnevno srečujemo z moralno-etičnimi dilemami in problemi, najbolj izpostavljene teme so prav moralno-etične dileme ob začetku in koncu življenja. Poleg tega so moralno-etične dileme eden izmed dejavnikov, ki lahko pri medicinskih sestrah povzročajo stres (Fen Tang et al., 2007).

V nadaljevanju želimo predstaviti in se poglobiti v moralno-etične dileme ob koncu življenja. V empiričnem delu želimo raziskati, katere situacije, povezane z moralno-etičnimi dilemami, vplivajo na nastanek moralnega stresa pri medicinskih sestrah, ki se vsakodnevno soočajo s hudo bolnimi in umirajočimi pacienti.

Kot navajajo številni avtorji, na primer Tshudin (2004), Milligan (2011) in Trontelj (2003a), umiranje in smrt že sama po sebi povzročata določen stres pri medicinskih sestrah, na kar delno vpliva tudi odnos postmoderne družbe do takšnih vprašanj. Namreč, kot navaja Tschudinova (2004), se na smrt v današnjem času gleda precej drugače, in sicer kot na višek bolezni ali celo kot na najhujšo bolezen. Umiranje in smrt sta postala nekaj tujega, neznanega, tujega pa se bojimo. Zaradi tega se ljudje o smrti ne pogovarjajo in o njej ne želijo razmišljati, smrt je zato postala tabu (Trupi, Bohinc, 2007). Predvsem zahodne družbe zanikajo smrt, kar je verjetno posledica izgube socialnih ritualov, povezanih s smrtjo, saj se je umiranje premaknilo v različne zdravstvene ustanove (Kellehear, 1999, O'Gorman, 1998 povz. po Milligan et. al, 2011). Sodobna medicina si za cilj ni zadala razumevanja smrti, ampak bi se je rada znebila. Trontelj (2003a, str. 253) navaja tudi, da je umreti v današnjem času veliko težje kot kdaj prej. Nekoč je bilo umiranje življenjski dogodek, katerega pomen in smisel sta bila jasna. Človek je umiral doma, smrt pa je imela človeški, družbeni in moralni smisel, medtem ko se je dandanes umiranje dramatično spremenilo. Vse več je ostarelih, tradicionalna družina in družinske vezi so razrahljane. Mnogi umirajo daleč od svojega doma, po dolgotrajni bolezni, v brezosebnem okolju in tako je smrt izgubila nekdanjo pomensko vrednost.

S tem, ko smrt in umiranje postajata tabu tema in je medikalizacija smrti pripeljala do tega, da so vedno bolj pomembni dosežki, so tudi medicinske sestre čedalje bolj podvržene moralnemu stresu (Blasszauer, Palfi, 2005).

Radzvin (2011) navaja, da se medicinske sestre pogosto soočajo z moralno-etičnimi dilemami in vprašanja, kako ravnati, jim povzročajo moralni stres. Ta občutja se lahko v večji meri odražajo z jezo, občutki krivde in žalostjo, kar posredno vpliva na nastanek izgorelosti. Radzvin (2011) navaja tudi, da je izraz moralni stres uvedel Jameton leta 1984 kot pomoč pri razvrščanju oz. kategoriziranju etičnih vprašanj, ki se pojavljajo v bolnišnicah (Jameton, 1984 povz. po Radzvin, 2011). Moralni stres opredeljuje kot posledico položaja, ko se posameznik znajde v takšnih okoliščinah, ko se zaveda, kaj je moralno pravilno, vendar naleti na oviro in ne more delovati na tak način. Ovire, s katerimi se medicinska sestra srečuje v moralno stresnih situacijah, lahko predstavljajo različne institucionalne omejitve, ali pa je njeno razmišljanje in ravnanje v nasprotju z moralno-etičnim razmišljanjem sodelavcev, kar ji onemogoča, da bi lahko delovala na način, ki se zdi njej najbolj pravilen (ibid.).

2 TEORETIČNI DEL

2.1 OPREDELITEV MORALNO-ETIČNIH DILEM

Beseda etika izhaja iz grške besede »ethos«, kar pomeni značaj, dostojanstvo (Tshudin, 2004). Etika pomeni jasnost, poštenost, odgovornost ali prevzemanje stališč »za« ali »proti« določenim javnim razpravam (Ouimet Perrin, McGhee, 2001). Beseda »moralno« izhaja iz latinske besede »moralis«, kar pomeni navado, običaj. Če človek živi v izraziti skladnosti z osebnimi ali verskimi načeli, pravimo, da je moralen (Tschudin, 2004, str. 37). Stres (1999) razmišlja, da imata etika in morala po svojem izvoru enak pomen. Oba izraza označujeta pogled na življenje, ki vsebuje dve prvini, in sicer zavest o tistem, kar je za človeka dobro, in zavest o dolžnostih, ki jih mora človek izpolniti. Pravi, da kar je etično dobro, je tudi moralno obvezno in obratno.

Moralno-etične dileme izhajajo iz situacije, ki vključujejo nasprotujoča prepričanja o tem, kaj je prav oziroma katero dejanje naj bi bilo pravilno. Konflikt lahko tako nastane med dvema ali več etičnimi načeli in vsaka možna rešitev lahko vsebuje nezaželene rezultate ene ali druge strani (Cohen, Erickson, 2006). Razlika med etično dilemo in problemom pa je ta, da ima problem potencialno rešitev, medtem ko je etična dilema nima (Tschudin, 2004).

Etične dileme nastajajo na različnih relacijah, med medicinskimi sestrami, pacienti in medicinskimi sestrami, med medicinskimi sestrami in zdravniki, medicinskimi sestrami in svojci in drugimi (Cohen, Erickson, 2006).

Pri etični presoji in profesionalnem vedenju medicinskim sestram pomaga Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Terminološko gledano se vrednostnim smernicam o spoštovanju življenja, dostojanstva in pacientovih odločitev, ki se tičejo predvsem zdravstvene nege hudo bolnih in umirajočih, še najbolj približajo naslednji členi in predgovor v omenjenem kodeksu (Kodeks etike, 2010):

- temeljna naloga medicinske sestre je krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, obnavljanje zdravja in lajšanje bolezni. Z zdravstveno nego so neločljivo

povezane človekove pravice, posebej pravica do življenja in spoštovanja človekovega dostojanstva.

- Medicinska sestra skrbi za ohranitev življenja in zdravja ljudi. Svoje delo je dolžna opravljati humano, strokovno in odgovorno ter v odnosu do pacienta spoštovati njegove individualne navade, potrebe in vrednote.
- Medicinska sestra spoštuje pravico pacienta do izbire in odločanja.
- Medicinska sestra spoštuje dostojanstvo in zasebnost pacienta v vseh stanjih zdravja, bolezni in ob umiranju.
- Delovanje medicinske sestre temelji na odločitvah v korist pacienta.
- Medicinska sestra je zagovornica pacienta in njegovih pravic.

2.2 ZDRAVSTVENA NEGA HUDO BOLNEGA IN UMIRAJOČEGA PACIENTA

V svetu so razprave o moralno-etičnih dilemah zelo pogoste. Eno izmed najbolj spornih je vprašanje o evtanaziji in zdravnikovi pomoči pri samomoru (Blasszauer, Palfi, 2005). Poleg teh pa se pojavljajo še druge dileme, kot na primer pravica do smrti, tako imenovana dolžnost umiranja, vnaprej izražena volja in zavrnitev medicinskih posegov, ki jih izpostavlja Tschudin (2004). Pereč problem se zdi tudi uporaba agresivnega zdravljenja in tehnologije za umetno vzdrževanje življenja (Wandesten et al., 2008). Obvladovanje bolečine in trpljenja je velik problem, ki je povezan tako z uporabo agresivnega zdravljenja, kot tudi z evtanazijo in drugimi moralno-etičnimi dilemami (Ferrell, 1996 povz. po Stanley, Zoloth-Dorfman, 2006).

Skrb za umirajoče in zastopanje njihovih interesov predstavlja največji izziv za zdravstveno nego. Vprašanja o umiranju in smrti so pogoste teme v razpravah v razvitih državah. Medikalizacija smrti je pripeljala do tega, da umiranje ni v središču pozornosti, ampak postajajo vse bolj pomembni rezultati laboratorijev in naprav, vse bolj so pomembni »čudeži« (Blasszauer, Palfi, 2005). S tem se pojavlja tudi vse več moralno-etičnih vprašanj.

Zdravstvena nega ob koncu življenja vključuje več vidikov, tako medicinske kot etične vidike, pomembna je tudi duhovna in verska plat ter še mnoge druge (Adolph et al.,

2011). Medicinske sestre imajo večplastno in zelo kompleksno vlogo v skrbi za umirajoče in hudo bolne paciente (Karlsson et al., 2010). Za umirajoče lahko storijo veliko, od lajšanja bolečine, zagotavljanja dostojanstva, zagotavljanja človeške družbe, ali pa so samo tam, ko je to potrebno. Znano je, da delo in vedenje medicinskih sester lahko bolje vpliva na kvaliteto življenja hudo bolnega pacienta, vendar ima lahko tudi negativen vpliv. Predvsem pri starejših pacientih opažajo, da lahko željo po smrti sproži pomanjkanje humanega okolja in brezbržnost s strani zdravstvenih delavcev (Blasszauer, Palfi, 2005).

Pacient, ki je blizu svojega konca, mora uživati neprekinjeno čustveno oporo. Zagotoviti mu je treba ustrezno telesno nego, skrbno je treba blažiti njegove bolečine ter spoštovati pravico do samostojnosti in poskrbeti za dobre stike s svojci in drugimi, ki so mu blizu (Trontelj, 2003b, str. 186). Vsi ukrepi ob koncu življenja naj bodo sorazmerni s pričakovano koristjo za pacienta (Rowe, 1996 povz. po Trontelj, 2003b, str. 186). Pomemben je razvoj interdisciplinarnega zaupanja in kohezivni načrt zdravstvene nege, saj ustvarja stabilno in dosledno okolje tako za pacienta kot tudi za svojce (Van Soeren, Miles, 2003).

Ameriško geriatrično združenje je razvilo načela kakovostne oskrbe ob koncu življenja, ki veljajo za vse osebe ne glede na starost (American geriatrics society, 1995 povz. po Taylor et. al2008):

- fizični in čustveni simptomi, kot so bolečina, strah, depresija, anksioznost, slabost, kratka sapa idr., pogosto zmanjšujejo kakovost življenja umirajočih pacientov, zato je naloga zdravstvenih delavcev, da se osredotočijo na njihove potrebe in jim zagotovijo udobje, kolikor je to mogoče, pa tudi prispevajo k občutku smisla.
- Vnaprejšnje načrtovanje zdravstvene oskrbe je potrebno, saj se tako lahko pacienti in njihovi svojci vnaprej odločijo, kaj želijo in česa ne v primeru določenih težav, ki se pojavijo v samem poteku bolezni.
- Pomoč pri delovanju in spodbujanje samostojnosti, tudi kadar gre za progresivno, neozdravljivo bolezen, saj s tem lahko povečamo dostojanstvo in samospoštovanje pacienta.

- Agresivno zdravljenje in nega, ko se pacient približuje smrt, je lahko napačno, saj si večina pacientov želi izogniti podaljševanju življenja na tak način, ko bi samo še bolj trpeli.
- Pomembno je tudi zadovoljstvo pacienta in njegovih bližnjih, potrebno je opazovati in meriti zadovoljstvo z odločitvami, z zdravstveno nego, z doseženimi rezultati idr.
- Kakovost življenja je lahko dobra, kljub upadanju zdravja, poslabševanju bolezni, v primeru, ko je zagotovljena dobra oskrba, zato je potrebno vrednotiti rezultate zdravstvene nege.
- Potrebna je kontinuirana zdravstvena nega in usposobljeno osebje, saj lahko le tako pacienti in njihovi bližnji razvijejo zaupanje, učinkovito komunicirajo in zanesljivo načrtujejo zdravstveno oskrbo ob pomoči zdravstvenega osebja. Zdravstveno osebje mora imeti ustrezna znanja in izkušnje na področju rehabilitacije, nadzora simptomov, poleg tega mora nuditi učinkovito psihološko podporo.

2.3 MORALNO-ETIČNE DILEME MEDICINSKIH SESTER PRI ZDRAVSTVENI NEGI HUDO BOLNIH IN UMIRAJOČIH

Pri zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih se medicinske sestre srečujejo s številnimi moralno-etičnimi dilemami. Kot smo že omenili, se največ razprav po svetu ukvarja z evtanazijo. Ko govorimo o evtanaziji, imamo v mislih prekinitev življenja hudo bolnega in umirajočega brez bolečin (Trontelj, 2003a). Hudo bolnim in umirajočim so pomagali oziroma jim v nekaterih državah, kot sta Nizozemska in Belgija, še vedno pomagajo umreti na različne načine (Trupi, Bohinc, 2007). V Evropi je evtanazija uzakonjena na Nizozemskem, ki je bila tudi prva država, ki je legalizirala evtanazijo, in v Belgiji. Švica dovoljuje zdravniško pomoč pri samomoru, podobno kot Severni teritorij v Avstraliji in zvezna država Oregon v ZDA (Mlinar, 2005). Evtanazijo lahko razdelimo na aktivno – neposredna uporaba smrtonosne snovi, in pasivno evtanazijo – opustitev zdravljenja z zdravili, ki podaljšujejo življenje neozdravljivo bolnega (Sayers, 2007). Evtanazijo lahko delimo tudi na: neprostovoljno – usmrnitev pacienta, ki ni sposoben odločanja o sebi, in prostovoljno evtanazijo – usmrnitev na

zahtevo pacienta, ki je neozdravljivo bolan in zelo trpi (Trontelj, 2003a). Dalje: zdravnikova pomoč pri samomoru pomeni, da zdravnik pacientu predpiše zdravila, ki mu lahko pomagajo pri samomoru, odločitev o tem, ali jih bo uporabil ali ne, pa je na strani pacienta (Tschudin, 2004). Dejanje/terapijo z dvojnimi učinkom pomeni zdravnikovo dejanje, ki lahko pospeši smrt. Zdravnik se zaveda, da se približuje smrtni dozi, vendar vseeno nadaljuje z povečevanjem, saj želi ublažiti bolečino in trpljenje (Trontelj, 2003a).

Ena izmed večjih dilem je trpljenje in obvladovanje bolečine ter simptomov. Pri definiciji trpljenja so si filozofi, raziskovalci in profesionalni delavci v zdravstvu enotni, da ga je težko na kratko opredeliti, predvsem zaradi kulturnih in zaznavnih variacij o človeškem trpljenju (Butts, Rich, 2008). Cowles (1997) opredeljuje trpljenje kot individualno, subjektivno in zelo kompleksno izkušnjo, ki daje izredno negativen pomen dogodkom, zaradi česar se pacient počuti ogroženega. Dalje, Eric Cassell (2004) pri razpravi o trpljenju poudarja, da sta trpljenje in bolečina različna pojava (Butts, Rich, 2008). Bolečina je posledica bolezni in preprečuje pacientovo zadovoljstvo, veselje in srečo, še posebej kadar je bolečina vztrajna, pa povzroča trpljenje, ki povzroči tudi izgubo smisla in volje do življenja (ibid.).

Ferrell (1996 povz. po Stanley, Zoloth-Dorfman, 2006) navaja, da strah pred bolečino in drugimi neobvladljivimi simptomi pacientom povzroča večji stres kot sama diagnoza. Neobvladljivi simptomi in bolečina vodijo do izgube pacientovega dostojanstva, kar posledično vodi do nastanka etičnih bremen za medicinske sestre. Etično oviro za medicinske sestre lahko predstavlja tudi strah pred prezgodnjo smrtjo pacienta zaradi terapije, s katero obvladujemo bolečino, čeprav je smrt le redko posledica take terapije (Stanley, Zoloth-Dorfman, 2006). Tu lahko omenimo razliko med terapijo z dvojnimi učinkom in paliativno sedacijo. Razlika je predvsem v namenu in izidu. V obeh primerih se povečuje doza protibolečinskih sredstev, vendar je v primeru paliativne sedacije namen lajšanje bolečin in trpljenja, smrt v tem primeru nastopi kot posledica osnovne bolezni. Pri terapiji z dvojnimi učinkom pa je namen prav tako lajšanje bolečine, vendar je smrt posledica prevelikega odmerka zdravila (Olsen, Swetz, Mueller, 2010).

Glede načina zdravljenja Wandesten, Wennerberg, Silen, Fen Tang in Ahlstrom (2008) v svoji raziskavi o kulturnih razlikah glede etičnih stališč navajajo primer švedskih in kitajskih medicinskih sester. Medicinske sestre iz obeh držav so kot etično dilemo izpostavile razliko v mnenjih o načinu zdravljenja hudo bolnih pri pacientih, zdravstvenemu osebju in svojcih.

Laiki v zadnjem času dobivajo večino informacij o umiranju in smrti preko medijev, kar je velikokrat zavajajoče, zaradi česar lahko svojci pogosto pričakujejo čudeže glede zdravljenja in zahtevajo čim daljše agresivno zdravljenje (Ouimet Perrin, McGhee, 2001). Medtem pa so medicinske sestre mnenja, da bi pri nekaterih hudo bolnih in umirajočih pacientih agresivno zdravljenje in uporaba sodobne medicinske tehnologije povzročilo še večje trpljenje (ibid.).

Na tem mestu je potrebno omeniti tudi vnaprej izraženo voljo, pravico do smrti in dolžnost umiranja, kar dobro opredeljuje Tschudin (2004), ki pravi, da se zahteva do pravice do smrti vedno bolj pojavlja predvsem pri terminalno bolnih, vzporedno s tem pa se pojavlja tudi dolžnost umreti, ki se nanaša na pacientov občutek, da nima druge izbire, kot da odkloni zdravljenje, bodisi zaradi socialnih dejavnikov bodisi zaradi občutka bremena za svojo družino in družbo. Predvsem racionalizacija in prerazporeditev sredstev v sistemu zdravstvenega varstva bosta lahko povzročili odvisnost ljudi od lastnih sredstev, kar lahko pri ljudeh povzroči pritisk, da bodo pričeli razmišljati o dolžnosti umiranja (ibid.).

Koncept vnaprej izražene volje in zavrnitve medicinskega posega se v Sloveniji pojavlja že v Ustavi Republike Slovenije, natančneje to določa Zakon o pacientovih pravicah, Uradni list RS št. 15/2008, ki pravi: Pacient, ki je sposoben odločanja, ima pravico do privolitve v zdravstveno oskrbo. Prav tako lahko zdravstveno oskrbo zavrne, razen kadar bi to ogrozilo življenje ali huje ogrozilo zdravje drugih. To lahko stori ustno, z ravnanjem, iz katerega je zanesljivo sklepati, da je to privolitev, ali pisno, na posebnem obrazcu, kadar tako določa zakon. 34. člen tega zakona tudi določa, da ima vsak polnoleten in opravilno sposoben pacient pravico do upoštevanja njegove vnaprej

izražene volje, glede zdravstvene oskrbe, ki je ne dovoljuje v primeru: če bi trpel za hudo boleznijo, ki bi v kratkem času vodila v smrt, kljub ustreznemu zdravljenju, če bi mu medicinska oskrba podaljšala življenje v položaju, ko bo bolezen ali poškodba povzročila tako hudo invalidnost, da bo dokončno izgubil telesno in duševno sposobnost, da ne bo mogel več skrbeti zase (ibid.). Glede na zgornje člene je tako torej dovoljena prekinitvev postopkov oživljanja in podaljševanje življenja.

Omenimo še umetno hranjenje in dovajanje tekočine hudo bolnim, kar prav tako predstavlja veliko etično dilemo, saj le-to izzove različna mnenja in občutja (Bobnar, 2005). Večina negovalcev in svojcev občuti, da je dovajanje tekočine humano dejanje, ki omogoča sočutno oskrbo ob koncu življenja. Pri tem moramo biti zelo previdni in ločiti psihološke vidike zagotavljanja prehrane od družbenega fenomena hranjenja (DeSpelder, Strickland, 1999 povz. po Bobnar, 2005).

2.3.1 Ovire pri učinkovitem soočanju z moralno-etičnimi dilemami

Medicinske sestre se pogosto srečujejo z moralno-etičnimi dilemami pri skrbi za paciente, kar pa ni presenetljivo, saj so medicinske sestre le posamezniki s svojimi osebnimi in poklicnimi vrednotami, ki opravljajo svoje delo glede na svoje sposobnosti, pri tem pa se srečujejo z drugimi strokovnjaki, ki imajo prav tako svoje vrednote in stališča. Poleg tega imajo tudi pacienti različna verska, kulturna in moralna prepričanja, ki so lahko drugačna od prepričanj zdravstvenega osebja (Redman, Fry, 2000). Kako se bo medicinska sestra soočila z moralno-etičnimi dilemami, je torej odvisno predvsem od njenih lastnih temeljnih vrednot, svobode pri odločanju in pripravljenosti za sprejemanje različnih odločitev (Karlsson et al., 2010). Na soočanje vpliva tudi starost, spol, narodnost, delovne izkušnje in še nekateri drugi dejavniki (Jones, 1991 povz. po Ulrich et al., 2010). Wadensten, Wenneberg, Silen, Fen Tang in Ahlstrom (2008) kot ovire pri učinkovitem soočanju z moralno-etičnimi dilemami omenjajo še pomanjkanje spoštovanja in medpoklicne komunikacije, pa tudi pomanjkanje sredstev, časa znanja in izkušenj.

2.4 STRES, IZGORELOST IN MORALNI STRES MEDICINSKIH SESTER, KI SE SOOČAJO Z MORALNO-ETIČNIMI DILEMAMI

Na področju stresa in izgorevanja je moč najti kar nekaj literature tudi v slovenskem prostoru. O stresu in izgorevanju tako pišejo Kaučič (2002), Rakovec-Felser (2006) ter Jerčič, Kersnič (2004), ki razpravljajo o povezavi med stresom in izgorevanjem, o znakih in vzrokih ter posledicah nastanka stresa in izgorevanja. Opišejo tudi načine za preprečevanje stresa ter posledično izgorevanja in načine zaščite pred stresom in izgorevanjem. Medtem lahko opazimo, da se v slovenskem prostoru moralnega stresa skoraj ne omenja. Kljub temu pa se v drugih državah pojavlja osredotočenost na to rastočo težavo že skoraj tri desetletja (Pauly, Varcoe, Storch, 2012). Moralni stres je zelo resen problem predvsem pri medicinskih sestrah, ki delajo na oddelkih, kjer se pogosto srečujejo s kritično bolnimi in umirajočimi pacienti, kot so enote intenzivne terapije, onkološki oddelki, paliativni oddelki (Elpern, Covert, Kleinpell, 2005). Corley (2001, 2002) raziskuje pojav moralnega stresa ravno pri medicinskih sestrah v intenzivnih enotah, medtem ko Radzvin (2011) ugotavlja pojav moralnega stresa tudi pri medicinskih sestrah, ki delujejo na področju anestezije. Corley (2002) razpravlja, da se večina raziskav na temo moralnega stresa osredotoča na ugotavljanje intenzitete moralnega stresa in povezave med moralnim stresom, demografskimi podatki, zadovoljstvom pri delu in vplivom na etično klimo v delovnem okolju. Obenem poudarja, da se premalo pozornosti v raziskavah nameni usmerjanju razvoja teorije o moralnem stresu in psihološkem odzivu nanj ter da bi bilo potrebno raziskati tudi možne rešitve ob nastanku moralnega stresa. Najbolj pogosta raziskovalna vprašanja o moralnem stresu, ki si jih zastavljajo (Corley, 2001, 2002; Radzvin, 2011; Elpern, Covert, Kleinpell, 2005, et. al.), so torej:

- v katerih kliničnih okoljih se pojavlja moralni stres,
- kateri dogodki povzročajo moralni stres,
- kakšne so povezave med demografskimi značilnostmi in moralnim stresom,
- kakšne so posledice moralno stresnih situacij,
- kakšne so povezave med moralnim stresom in zadovoljstvom pri delu.

2.5 OPREDELITEV STRESA, MORALNEGA STRESA IN IZGOREVANJA

Stres je nespecifičen odgovor organizma na obremenitev (Selye, 1936 povz. po Jerčič, Kersnič, 2004, str. 279). Določena količina stresa je nujna, da lahko človek živi in uživa v življenju. Če pa se stres ponavlja kar naprej, ali če se človek z njim ustrezno ne spopade, v telesu povzroča obrabo in poškodbe (Jerčič, Kersnič, 2004, str. 279). Veliko je dejavnikov, ki povzročajo stres pri zaposlenih v zdravstveni negi. Ti dejavniki so lahko:

- delovne razmere,
- odnosi na delovnem mestu,
- spopadi med vlogami in dvoumnostmi,
- organizacijska struktura in vzdušje,
- odnosi delo-dom,
- poklicni razvoj,
- negotovost glede pričakovanj na delovnem mestu,
- narava dela (ibid.).

Jerčič in Kersnič (2004) navajata tudi dejavnike, ki so trajni in povzročajo pri medicinskih sestrah sindrom izgorevanja. Na prvo mesto postavljata prav soočanje s smrtjo in umiranjem, temu dejavniku sledijo še neustrezna priprava na soočenje z čustvenimi potrebami pacientov in njihovih družin, nesporazumi s sodelavci, pomanjkanje podpore sodelavcev, delovne obremenitve in negotovost glede načrtov zdravstvene nege in zdravljenja.

Radzvin (2011) prav tako ugotavlja, da se medicinske sestre pogosto soočajo z moralno-etičnimi dilemami in vprašanja, kako ravnati, jim povzročajo moralni stres. Ta izkušnja se lahko v večji meri odraža z jezo, občutki krivde in žalostjo ter ostalimi dejavniki, ki smo jih že omenili, kar posredno vpliva na nastanek izgorelosti. Moralni stres je velik problem v profesiji zdravstvene nege, ki lahko prizadene medicinske sestre, zaposlene na vseh področjih zdravstvenega sistema (Corley, 2002). Elpern, Covert in Kleinpell (2005) moralni stres opredeljujejo kot boleče občutke in/ali psihično neravnovesje, ki se

pojavi kot posledica situacij, v katerih poznamo etično pravilne poti, vendar le-teh ne moremo upoštevati.

Radzvin (2011) opisuje tudi, da je izraz moralni stres uvedel Jameton leta 1984 kot pomoč pri razvrščanju oz. kategoriziranju etičnih vprašanj, ki se pojavljajo v bolnišnicah (Jameton, 1984 povz. po Radzvin, 2011). Moralni stres opredeljuje kot posledico položaja, ko se oseba znajde v takšnih okoliščinah, ko se zaveda, kaj je moralno pravilno, vendar naleti na oviro in ne more delovati na tak način. Ovire, s katerimi se medicinska sestra srečuje v moralno stresnih situacijah, lahko predstavljajo različne institucionalne omejitve, ali pa je lahko njeno razmišljanje in ravnanje v nasprotju z moralno-etičnim razmišljanjem sodelavcev, kar ji onemogoča, da bi lahko delovala na način, ki se zdi njej najbolj pravilen in dober (ibid.). Kalwemark et. al (2004 povz. po Pauly, Varcoe, Storch, 2012) Jametonovo definicijo nekoliko popravijo in pravijo, da se moralni stres kaže s klasičnimi simptomi stresa, ki nastanejo zaradi razmer, ki vključujejo etične dimenzije, zaradi česar se zdravstveni delavec počuti, kot da ni sposoben ohraniti vseh interesov (pacientovih, osebnih in profesionalnih) in postavi svoje vrednote na kocko. Corley (2002) pojasnjuje, da Jameton razlikuje med začetnim in reaktivnim stresom. Razlika je v tem, da se reaktivni stres pojavlja, ko prve znake moralnega stresa prezremo. Wilkinson (1987 povz. po McCarthy, Deady, 2008) navaja tudi znake, ki spremljajo začetni in reaktivni moralni stres. Začetni moralni stres se kaže z jezo, frustracijami in anksioznostjo, medtem ko se reaktivni stres kaže z nemočjo, krivdo, zmanjšano samopodobo in fizičnimi znaki, kot so jok, nespečnost, pomanjkanje apetita. Rakovec-Felsnerjeva (2006) ugotavlja podobne znake pri pojavu izgorevanja, kar lahko smatramo kot očitno povezavo med moralnim stresom in izgorevanjem.

Izgorevanje je pogosto posledica stresa pri delu, vendar zveza med stresom in izgorevanjem ni enostavna, med pojavoma obstajajo tudi značilne razlike. Stres zadeva posameznika v različnih situacijah, pojav izgorevanja pa je vezan na njegovo poklicno delo. Izgorevanje je zgolj ena od možnih reaktivnih oblik stresa in ga imenujemo tudi kumulativna stresna reakcija (Rakovec-Felsner, 2006). Izgorelost je leta 1982 prvi opisal Moslach, ki pravi, da gre v tem primeru za pojav telesne in čustvene uvelosti, ki

vodi do negativnega odnosa do samega sebe, do lastnega poklica pa tudi do izgube sposobnosti prisluhniti sočloveku (Moslach, 1982 povz. po Kaučič, 2002, str. 101). Pojav izgorevanja še zdaleč ne moremo opredeliti zgolj na osebni ravni, pač pa ga določa tudi vse tisto, kar se dogaja s posameznikom na medosebni ravni, tako v odnosu s pacienti, kot tudi na organizacijski ravni. Je trajno nepopravljivo stanje (Rakovec-Felser, 2006). Pojav izgorelosti ni samo stanje izčrpanosti zaradi stresa, je prej rezultat razkoraka med posameznikovimi ideali in realnostjo, večkrat je tudi posledica pomanjkljive recipročnosti v kontaktu (ibid.).

2.6 DEJAVNIKI, KI POVZROČAJO MORALNI STRES PRI MEDICINSKIH SESTRAH V ZDRAVSTVENI NEGI HUDO BOLNIH IN UMIRAJOČIH

Študije, ki so bile osredotočene predvsem na izkušnje medicinskih sester, ki delajo v enotah intenzivne terapije in na področju akutne obravnave, so pokazale, da so situacije, ki dajejo razlog za naraščanje moralnega stresa, povezane predvsem z agresivnim zdravljenjem terminalno bolnih pacientov, nepotrebnimi testiranjmi hudo bolnih, nekompetentnim in neustreznim delovanjem sodelavcev v zdravstvenem timu, s hierarhičnimi odnosi med zdravstvenimi delavci in z majhno oziroma slabo podporo s strani institucije (McCarthy, Deady, 2008). Corley (2002) pravi, da Jameton v svoji definiciji navaja kot dejavnike, ki povzročajo moralni stres, predvsem pomanjkanje časa, pomanjkanje podpore s strani vodilnih medicinskih sester, pomanjkanje izkušenj, institucionalno politiko in zakonske omejitve.

Za ugotavljanje in merjenje moralnega stresa ter hkrati za prepoznavanje moralnih vprašanj, ki povzročajo moralni stres pri medicinskih sestrah v intenzivnih terapijah, je Corley razvila instrument (t. i. *moral distress scale*) ali »lestvico za merjenje moralnega stresa«. »*Moral distress scale*« (v nadaljevanju MDS) temelji na Jametonovem (1984) konceptu moralnega stresa v zdravstveni negi, na teoriji o vlogi konflikta, ki sta jo zasnovala House, Rizzo (1972), ter na Rokeachenovi (1973) teoriji o vrednostih in vrednostnih sistemih. Elementi MDS so bili razviti na podlagi moralnih problemov, s katerimi se srečujejo medicinske sestre v bolnišnicah. MDS je tako

sestavljena iz dvaintridesetih elementov, v obliki sedemtočkovne Likertove lestvice, pri čemer višji rezultat izraža višjo stopnjo moralnega stresa (povz. po Corley, 2001).

2.7 NAČINI IN TEHNIKE SOOČANJA MEDICINSKIH SESTER Z MORALNIM STRESOM

Moralni stres je povezan z doživljanjem stresa in izgorevanjem. Predvsem lahko zasledimo povezavo z nezadovoljstvom na delovnem mestu, kar ima za posledico odločitev o opustitvi poklica ali vsaj zamenjavo delavnega mesta (Elpern, Covert, Kleinpell, 2005). Moralni stres povzroča medicinski sestri tudi trpljenje, kar vpliva na zmožnost opravljanja kakovostne zdravstvene nege, tako je lahko ogrožen celo pacient, zmanjša se tudi kvaliteta zdravstvene nege. Vpliva na samopodobo medicinske sestre, na občutek vrednosti in osebnostno integriteto (Radzvin, 2011). Corleyeva (2002) poroča, da je s pomočjo MDS ugotovila, da je kar 15 % vprašanih v preteklosti že zapustilo delovno mesto ravno zaradi doživljanja moralnega stresa.

Nekateri viri ugotavljajo tudi dobre stvari moralnega stresa. Tako Harding (1980 povz. po Corley, 2002) vidi dobro stvar v pogovoru glede stresnih situacij, saj s tem dobimo predstavo o najboljši zdravstveni negi. Dalje Rushton (1992 povz. po Corley, 2002) ugotavlja, da zaradi moralno stresnih situacij medicinska sestra pridobiva znanje in izkušnje, ki pripomorejo k profesionalnemu razvoju in vodijo v sočutno zdravstveno nego.

Pijl-Zieber idr. (2008) kot možne pristope k reševanju moralnega stresa vidijo:

- izobraževanje medicinskih sester o etičnih dilemah, prepoznavanju le-teh in pravilnem reagiranju ob pojavu moralno etičnih dilem.
- Strategije obvladovanja, sledenje predpisanim modelom za soočanje z moralno-etičnimi dilemami, profesionalen odnos, branje literature na temo moralnega stresa in etičnih dilem ...
- Posebne podporne skupine, ki medicinskim sestram pomagajo pri soočanju z moralnim stresom.

- Oblikovanje prijetnega delovnega okolja, kjer medicinske sestre lahko izražajo svoje mnenje, izkušnje in se ne počutijo osamljene.
- Zagotavljanje možnosti interdisciplinarnega sodelovanja in enakovredne komunikacije.

Z intervencijami, ki bi pomagale zmanjševati moralni stres, se ukvarja tudi Berggren, ki je ugotovil, da s pomočjo supervizije, kjer imajo medicinske sestre možnost, da izrazijo svoje občutke in težave ter s tem potrdijo pravilnost svojega ravnanja v primeru moralno-etične dileme, uspešno zmanjšamo moralni stres (Berggren, 2000 povz. po Corley, 2005). Soočanje in odpravljanje moralnega stresa je pomembno predvsem z vidika osebne rasti in razvoja, ki ga lahko dosežemo le, če se uspešno soočamo z moralnim stresom (Hanna, 2004).

3 EMPIRIČNI DEL

3.1 PROBLEMI IN CILJI RAZISKOVANJA

Namen raziskave je ugotoviti, s katerimi moralno-etičnimi dilemami se soočajo medicinske sestre pri zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih pacientov v Splošni bolnišnici Jesenice (v nadaljevanju SB Jesenice) in v Univerzitetni kliniki za pljučne bolezni in alergijo (v nadaljevanju KOPA Golnik), ter kako tovrstne dileme vplivajo na medicinske sestre, ali se zaradi njih soočajo z moralnim stresom in kako le-tega obvladujejo.

Cilji:

- raziskati splošno zavedanje medicinskih sester o moralno-etičnih dilemah pri zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih in načine soočanja z dilemami;
- ugotoviti najpogostejše ovire pri učinkovitem soočanju z moralno-etičnimi dilemami pri zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih;
- raziskati razmerje med soočanjem z moralno-etičnimi dilemami pri zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih ter doživljanjem moralnega stresa pri medicinskih sestrah;
- raziskati dejavnike, ki v okviru moralno-etičnih dilem pri zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih vplivajo na nastanek moralnega stresa.
- raziskati načine soočanja medicinskih sester z moralnim stresom pri zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih.

3.2 RAZISKOVALNA VPRAŠANJA

- Katere so najpogostejše moralno-etične dileme medicinskih sester pri zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih?
- Katere so najpogostejše ovire medicinskih sester pri učinkovitem soočanju z moralno-etičnimi dilemami pri zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih?
- Kakšen pomen ima soočanje z moralno-etičnimi dilemami medicinskih sester pri zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih na nastanek moralnega stresa?

- Kateri so najpogostejši dejavniki, ki so pomembni za nastanek moralnega stresa pri medicinskih sestrah v zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih?
- Na kakšen način se medicinske sestre soočajo in obvladujejo doživljanje moralnega stresa pri zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih?

3.3 RAZISKOVALNA METODOLOGIJA

3.3.1 Metodologija in tehnika zbiranja podatkov

Kot glavna raziskovalna metoda je bila v diplomski nalogi uporabljena kvantitativna deskriptivna metoda. Za potrebe empiričnega dela je bila zbrana literatura s pomočjo Knjižnice Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice ter iz podatkovnih baz, kot so: CINAHL, PUB MED, SPRINGERLINK. Pri iskanju literature smo si pomagali z naslednjimi besedami: etika, *ethics*, zdravstvena nega, *nursing care*, etične in moralne dileme, *ethical and moral dilemmas*, umirajoči, hudo bolni pacienti, *terminal ill patients*, zdravstvena nega ob koncu življenja, *end of life nursing care*, moralni stres, *moral distress*, izgorelost, *burn out syndrome*, paliativna nega, *palliative care*.

3.3.2 Opis instrumentarija

V diplomski nalogi je bila izvedena raziskava s pomočjo strukturiranega vprašalnika v pisni obliki. Vprašanja so bila oblikovana na osnovi strokovne literature s področja moralno-etičnih dilem, moralnega stresa in zdravstvene nege hudo bolnih in umirajočih. Uporabili smo spoznanja več avtorjev (Tshudin, 2004; Karlson et. al, 2010; Wandesten idr. 2008) Trditve, ki jih navajamo v tretjem sklopu, smo oblikovali s pomočjo »moral distress scale« (lestvica za merjenje moralnega stresa), ki jo opisuje in uporablja Corley (1995, povz. po Corley 2001, 2002).

Anketni vprašalnik je bil sestavljen iz treh sklopov. Vprašanja so bila zaprtega tipa, kjer je bilo možnih več odgovorov. Zadnje vprašanje pa je bilo odprtega tipa in se je nanašalo na občutke, ki jih medicinske sestre doživljajo ob soočanju z moralno-etičnimi dilemami.

- V prvem sklopu so bili navedeni demografski podatki (spol, starost, stopnja izobrazbe, delovna doba, področje delovanja).

- Drugi sklop je bil namenjen ugotavljanju splošnega zavedanja medicinskih sester o moralno-etičnih dilemah in vrstam ter pogostosti srečevanja z etičnimi dilemami pri zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih pacientov.
- Tretji del je predstavljala Likertova lestvica z dvaindvajsetimi trditvami in lestvico možnih ocen pri posamezni trditvi od 1 do 5: 1 – popolnoma se ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam. Ocena se nanaša na situacije, pri katerih medicinske sestre doživljajo moralni stres.

Za lažji izračun zanesljivosti vzorca smo raziskovalni vprašalnik organizirali v štiri večje sklope. Za vsak posamezni sklop smo z metodo koeficienta Cronbach alfa ugotavljali zanesljivost vprašalnika na vzorcu. Rezultati v tabeli so pokazali, da je koeficient Cronbach alfa pri vseh meritvah presegel vrednost 0,7. V strokovni literaturi predstavlja vrednost 0,7 prag za dovolj visoko stopnjo zanesljivosti vzorca (Nunnally, Bernstein, 1994).

Tabela 1: Zanesljivost vzorca

Sklop	Število vprašanj	Koeficient Cronbach alfa
Stres pri soočanju z moralno-etičnimi dilemami pri negi hudo bolnega in umirajočega pacienta	6	0,787
Pogovor o moralno etičnih dilemah	5	0,709
Ovire pri reševanju moralno etičnih dilem	5	0,747
Soočanje s kliničnimi okoliščinami	22	0,723

3.3.3 Opis vzorca

Uporabili smo nenaključni namenski vzorec. Anketirali smo medicinske sestre in zdravstvene tehnike v SB Jesenice in v KOPA Golnik, na oddelkih intenzivne terapije in nege, na onkološkem oddelku, na paliativnem oddelku in na oddelku za zdravstveno nego/negovalni oddelek. V SB Jesenice smo razdelili 30 anketnih vprašalnikov. Vrnjenih smo dobili 26 anket, od tega 19 pravilno izpolnjenih. Prav toliko anket smo razdelili tudi v KOPA GOLNIK. Vrnjenih smo dobili 23 anketnih vprašalnikov, od tega 19 pravilno izpolnjenih. Vse skupaj je bilo torej razdeljenih 60 anketnih vprašalnikov, od katerih je bilo vrnjenih 38 anket, kar pomeni 63,3-% realizacijo vzorca.

Večji del anketirancev je bil ženskega spola, in sicer 84,2 % (32). Predstavnikov moškega spola je bilo 15,8 % (6). Malo manj kot polovica anketiranih je ustrezala starostni skupini od 31 do 40 let, in sicer 42,1 % (16), sledili so jim anketirani, ki ustrezajo starostni skupini od 20 do 30 let, 34,2 % (13), in anketiranci starostne skupine od 41 do 50 let, 13,2 % (5), najmanj jih je ustrezalo starostni skupini nad 51 let – 10,5 % (4). Glede na stopnjo izobrazbe je bilo največ anketirancev s srednješolsko izobrazbo, 60,5 % (23), dva anketiranca (5,2 %) sta imela višješolsko izobrazbo, 34,2 % (13) anketiranih je imelo visokostrokovno izobrazbo, medtem ko univerzitetne ali podiplomske izobrazbe ni imel nihče od anketiranih.

Največ anketiranih je bilo v zdravstveni negi zaposlenih več kot 16 let, 34,2 % (13), sledijo anketirani, ki so v zdravstveni negi zaposleni od 1 do 5 let in od 6 do 10 let, 23,7 % (9), sledijo tisti anketiranci, ki imajo v zdravstveni negi od 11 do 15 let izkušenj, in sicer 15,8 % (6), samo eden od anketiranih pa je v zdravstveni negi zaposlen manj kot eno leto.

Več kot polovica anketiranih je zaposlenih v enotah intenzivne terapije, 71,1 % (27), 13,2 % (5) anketiranih je zaposlenih na oddelku za zdravstveno nego/ negovalnem oddelku, 10,5 % (4) anketiranih je kot svoje področje delovanja navedlo paliativni oddelk, 5,3 % (2) anketiranih pa je kot svoje področje delovanja navedlo onkološki oddelk. Vzorec je opisan na podlagi frekvenc in pripadajočih odstotkov.

3.3.4 Potek raziskave

Raziskava je bila izvedena v mesecu aprilu in maju 2012 v KOPA Golnik, in sicer na oddelku za paliativno oskrbo, v intenzivni enoti in na oddelku za onkološke paciente, v terminu od 23. 4. do 15. 5. 2012, ter v mesecu maju in juniju 2012, in sicer v terminu od 15. 5. do 15. 6. 2012 v SB Jesenice, v enotah intenzivne terapije/nege in na oddelku za zdravstveno nego. Sodelovanje v anketi je bilo prostovoljno, o namenu in vsebini raziskave pa so bili anketiranci obveščeni s strani glavnih medicinskih sester. Najprej smo s strani vodstva KOPA Golnik in SB Jesenice pridobili pisno soglasje za izvedbo raziskave v njihovi ustanovi, nato pa smo anketne vprašalnike oddali pomočnici

direktorja za področje zdravstvene nege v SB Jesenice in v KOPA Golnik, ki sta poskrbeli, da so vprašalnike prejeli zaposleni in jih izpolnili v čim večji meri. Zagotovljena je bila anonimnost anketirancev.

3.3.5 Opis obdelave podatkov

Podatke, ki smo jih pridobili s pomočjo anketnega vprašalnika, smo kvantitativno obdelali s pomočjo računalniškega programa Microsoft Windows Excel. Statistična analiza je bila opravljena s pomočjo računalniškega programa SPSS 18.0. Rezultati prikazani na podlagi frekvenc in pripadajočih odstotkov oziroma povprečnih vrednosti in standardnih odklonov. Primerjava po starosti in izobrazbi je bila napravljena s hi-kvadrat testom ali t-testom za neodvisne vzorce. Pri tem je p vrednost $<0,05$ pomenila statistično pomembno razliko.

3.4. REZULTATI ANKETE

Demografske podatke, ki so bili vsebovani v prvem delu anketnega vprašalnika, smo predstavili v vzorcu raziskave. V drugem delu vprašalnika so anketiranci odgovarjali na vprašanja o etičnih dilemah, s katerimi se srečujejo pri zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih. V nadaljevanju so povzete glavne ugotovitve oziroma rezultati.

Na vprašanje »Ali se pri svojem delu srečujete z moralno-etičnimi dilemami?« so vsi anketiranci odgovorili pritrdilno [100 % (38)]. V nadaljevanju smo spraševali, katere etične dileme bi izpostavili v zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih in s katerimi etičnimi dilemami se srečujejo v svojem delovnem okolju. Pri prvem vprašanju so v največji meri anketiranci izpostavili etični dilemi umetnega podaljševanja življenja in agresivnega zdravljenja ob koncu življenja – 73,3 % (28). Skoraj polovica jih je izpostavila tudi neuspešno obvladovanje bolečine in trpljenja, 47,4 % (18), 39,5 % (15) anketiranih je navedlo kot etično dilemo umetno prehranjevanje v terminalni fazi bolezni. Neskladja med željami pacientov in zdravstvenim osebjem in neskladja med željami pacientovih bližnjih in zdravstvenim osebjem ter zagotavljanje mirne in dostojne smrti je navedlo 36,8 % (14) anketiranih. Nekaj manj, 34,2 % (13) anketiranih,

je izpostavilo upoštevanje pacientove vnaprej izražene volje. V najmanjši meri pa so anketirani izpostavili prekinitev postopkov oživljanja kot etično dilemo – 21,1 % (8).

Pri drugem vprašanju glede pogostosti srečevanja z etičnimi dilemami v kliničnem okolju so anketirani v največji meri ponovno navedli agresivno zdravljenje ob koncu življenja, 81,6 % (31), in umetno podaljševanje življenja, 60,5 % (23). Na tretjem mestu je neuspešno obvladovanje bolečine in trpljenje –39,5 % (15). Dokaj pogosto se anketiranci srečujejo tudi z etičnimi dilemami glede umetnega prehranjevanja v terminalni fazi bolezni – 36,8 % (14). Manj pogosto pa se anketirani srečujejo z neskladji med željami pacientov in zdravstvenim osebjem – 23,7 % (9) in neskladji med željami pacientovih bližnjih in željami zdravstvenega osebja – 28,9 % (11). Anketirani so navedli, da se najmanj pogosto srečujejo z etičnimi dilemami, kot so prekinitev postopkov oživljanja – 5,3 % (2) in povečevanje količine protibolečinskih sredstev – 5,3 % (2). Zelo malokrat pa se znajdejo pred etično dilemo o upoštevanju oziroma neupoštevanju pacientove vnaprej izražene volje – 13,2 % (5).

Sledilo je vprašanje »Ali vam moralno-etične dileme povzročajo stres?«. Večina anketiranih, 57,9 % (22), je odgovorila, da jim moralno-etične dileme občasno povzročajo stres. 21,1 % (8) jih je odgovorilo, da jim moralno-etične dileme vedno povzročajo stres. Odgovor nikoli pa je navedlo le 7,9 % anketiranih (3).

Primerjava rezultatov glede na starost je pokazala statistično pomembno razliko med skupinama 31 let in več in med skupino 20–30 let. Namreč, v starostni skupini 31 ali več let so v 28,0 % (7) navedli, da jim moralno-etične dileme pri negi hudo bolnega in umirajočega pacienta vedno povzročajo stres, medtem ko v skupini od 20 do 30 let ta odstotek znaša le 7,7 % (1); (Hi-kvadrat=7,939; p=0,047). Pri tem moramo upoštevati, da je bil naš vzorec majhen in ni bilo v vsaki skupini 30 anketiranih, kar ni statistično korektno.

Tabela 2: Ali vam moralno-etične dileme pri zdravstveni negi hudo bolnega in umirajočega pacienta povzročajo stres? (glede na starost)

	starost		skupaj
	20–30 let n=13	31 let ali več n=25	
da, vedno	1	7	8
	7,7 %	28,0 %	21,1 %
da, včasih	8	14	22
	61,5 %	56,0 %	57,9 %
niti ne niti da	1	4	5
	7,7 %	16,0 %	13,2 %
ne, nikoli	3	0	3
	23,1 %	0,0 %	7,9 %

hi-kvadrat = 7,939; p = 0,047

Glede na izobrazbo hi-kvadrat test ni pokazal statistično pomembne razlike med skupinama. Anketirani s srednješolsko izobrazbo so v 56,5 % (13) navedli, da jim moralno-etične dileme pri zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih občasno povzročajo stres, v skupini z višješolsko in visokošolsko izobrazbo pa je občasno pod stresom 60,0 % (9) anketiranih.

Tabela 3: Ali vam moralno-etične dileme pri zdravstveni negi hudo bolnega in umirajočega pacienta povzročajo stres? (glede na izobrazbo)

	izobrazba		skupaj
	srednješolska n=23	višješolska ali visokostrokovna n=15	
da, vedno	6	2	8
	26,1 %	13,3 %	21,1 %
da, včasih	13	9	22
	56,5 %	60,0 %	57,9 %
niti ne, niti da	2	3	5

hi-kvadrat = 1,650; p = 0,648

Na vprašanje o tem, kakšne občutke doživljajo zaradi stresa, povezanega z moralno-etičnimi dilemami, so v največji meri navedli žalost ter čustveno in psihično izčrpanost. Pri odgovoru »vedno« je bila »žalost« navedena v 13,2 % (5), prav tako je bila s 13,2 % (5) zastopana »čustvena in fizična izčrpanost«. »Jeza« je bila pri odgovoru »vedno« navedena v 7,9 % (3), medtem ko nihče od anketiranih ni navedel negativnega odnosa do poklica ali občutka krivde. Pri odgovoru »včasih« pa je bila »žalost« navedena v 81,6 % (31), čustvena in fizična izčrpanost v 73,7 % (28) in jeza v 39,5 % (15). Redkeje

so bili navedeni občutki krivde, v 34,2 % (13), in negativen odnos do poklica – 36,8 % (14). Podrobni rezultati so prikazani v tabeli.

Tabela 4: Stres pri soočanju z moralno-etičnimi dilemami mi povzroča naslednje občutke

	vedno (%)	včasih (%)	nikoli (%)
Jeza	3 (7,9)	15 (39,5)	20 (52,6)
Žalost	5 (13,2)	31 (81,6)	2 (5,3)
Čustveno in fizično izčrpanost	5 (13,2)	28 (73,7)	5 (13,2)
Negativen odnos do poklica	0 (0,0)	14 (36,8)	24 (63,2)
Krivdo	0 (0,0)	13 (34,2)	25 (65,8)
Ničesar	0 (0,0)	8 (30,0)	30 (78,9)

Tabela 5: Stres pri soočanju z moralno-etičnimi dilemami mi povzroča naslednje občutke – primerjava glede na starost

	starost		hi-kvadrat	p
	20–30 let n=13	31 let ali več n=25		
Jeza			1,863	0,394
vedno	0 (0,0 %)	3 (12,0 %)		
včasih	5 (38,5 %)	10 (40,0 %)		
nikoli	8 (61,5 %)	12 (48,0 %)		
Žalost			3,100	0,212
vedno	0 (0,0 %)	5 (20,0 %)		
včasih	12 (92,3 %)	19 (76,0 %)		
nikoli	1 (7,7 %)	1 (4,0 %)		
Izčrpanost			5,502	0,064
vedno	1 (7,7 %)	4 (16,0 %)		
včasih	8 (61,5 %)	20 (80,0 %)		
nikoli	4 (30,8 %)	1 (4,0 %)		
Odnos do poklica			1,609	0,205
vedno	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)		
včasih	3 (23,1 %)	11 (44,0 %)		
nikoli	10 (76,9 %)	14 (56,0 %)		
Krivda			3,112	0,078
vedno	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)		
včasih	2 (15,4 %)	11 (44,0 %)		
nikoli	11 (84,6 %)	14 (56,0 %)		
Ničesar			3,603	0,058

	starost		Hi-kvadrat	p
	20-30let n=13	31let in več n=25		
vedno	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)		
včasih	5 (38,5 %)	3 (12,0 %)		
nikoli	8 (61,5 %)	22 (88,0 %)		

Glede na starost in občutke, ki jih doživljajo zaradi stresa v povezavi z moralno-etičnimi dilemami pri zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih pacientov, hi-kvadrat test ni pokazal statistično pomembni razlik. Prav tako hi-kvadrat test ni pokazal statistično pomembnih razlik glede na izobrazbo. Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 5 in v tabeli 6.

Tabela 6: Stres pri soočanju z moralno-etičnimi dilemami mi povzroča naslednje občutke – primerjava glede na izobrazbo

	izobrazba		hi-kvadrat	p
	srednješolska n=23	višješolska ali visokostrokovna n=15		
Jeza			3,121	0,210
vedno	3 (13,0 %)	0 (0,0 %)		
včasih	10 (43,5 %)	5 (33,3 %)		
nikoli	10 (43,5 %)	10 (66,7 %)		
Žalost			3,773	0,152
vedno	5 (21,7 %)	0 (0,0 %)		
včasih	17 (73,9 %)	14 (93,3 %)		
nikoli	1 (4,3 %)	1 (6,7 %)		
Izčrpanost			0,002	0,999
vedno	3 (13,0 %)	2 (13,3 %)		
včasih	17 (73,9 %)	12 (73,3 %)		
nikoli	3 (13,0 %)	2 (13,3 %)		
Odnos do poklica			3,021	0,082
vedno	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)		
včasih	11 (47,8 %)	3 (20,0 %)		
nikoli	12 (52,2 %)	12 (80,0 %)		
Krivda			2,224	0,136
vedno	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)		
včasih	10 (43,5 %)	3 (20,0 %)		
nikoli	13 (56,5 %)	12 (80,0 %)		
Ničesar			0,017	0,898
vedno	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)		
včasih	5 (21,7 %)	3 (20,0 %)		
nikoli	18 (78,3 %)	12 (80,0 %)		

Na vprašanje »Ali se s kom pogovarjate o moralno-etičnih dilemah, ki se vam zgodijo na delovnem mestu?« hi-kvadrat test ni pokazal statistično pomembne razlike glede na starost in glede na izobrazbo. Anketirani v nižji starostni skupini (od 20 do 30 let) so v

76,9 % (10) navedli, da se pogovarjajo o moralno-etičnih dilemah, ki se zgodijo na delovnem mestu. Prav tako so pritrdilno odgovorili v kar 96,0 % (24) v višji starostni skupini (31 let in več).

V srednješolski izobrazbeni skupini so pritrdilno odgovorili v 87,0 % (20), v višji izobrazbeni skupini pa je bilo teh navedb 93,3 % (14).

Tabela 7: Ali se s kom pogovarjate o moralno-etičnih dilemah, ki se vam zgodijo na delovnem mestu? (primerjava glede na starost)

	starost		skupaj
	20–30 let n=13	31 let ali več n=25	
Da	10	24	34
	76,9 %	96,0 %	89,5 %
Ne	3	1	4
	23,1 %	4,0 %	10,5 %

hi-kvadrat = 3,305; p = 0,069

Tabela 8: Ali se s kom pogovarjate o moralno-etičnih dilemah, ki se vam zgodijo na delovnem mestu? (glede na izobrazbo)

	izobrazba		skupaj
	srednješolska n=23	višješolska ali visokostrokovna n=15	
da	20	14	34
	87,0 %	93,3 %	89,5 %
ne	3	1	4
	13,0 %	6,7 %	10,5 %

hi-kvadrat = 0,392; p = 0,531

Na vprašanje, s kom se pogovarjajo o moralno-etičnih dilemah (tabela 9), so anketirani v 60,5 % (23) navedli, da se najprej obrnejo na sodelavce, ki imajo enako izobrazbo in delovno mesto. Kot drugo izbiro je večina anketiranih navedla sodelavce iz zdravstvenega tima, v 52,6 % (20). Kot tretja izbira pa so bili navedeni ožji člani družine, 42,1 % (16), nato prijatelji izven delovnega okolja v 39,5 % (15) in nazadnje drugi, 52,6 % (20).

Tabela 9: S kom se pogovarjate o moralno-etičnih dilemah?

Vrstni red izbire sogovornika	n=38	%
(1) s sodelavci, ki imajo enako izobrazbo in delovno mesto	23	60,5
(2) s sodelavci iz zdravstvenega tima	20	52,6

Vrstni red izbire sogovornika	n=38	%
(3) z ožjimi člani družine	16	42,1
(4) s prijatelji izven delovnega mesta	15	39,5
(5) z drugimi	20	52,6

V tem sklopu so bila postavljena tudi vprašanja glede reševanja moralno-etičnih dilem, in sicer: »Ali moralno-etične dilemo, s katero se soočite na delovnem mestu, učinkovito rešite?« in »Ali se pri reševanju moralno-etičnih dilem soočate z določenimi ovirami ter katere so glavne ovire pri reševanju moralno-etičnih dilem?«.

Največ anketiranih je odgovorilo, da rešijo samo nekatere dileme, 73,7 % (28), da rešijo prav vsako, je odgovorilo 23,7 % (9) anketiranih, le 1 (2,6 %) pa je odgovoril, da ne reši nobene moralno-etične dileme.

Glede na starost hi-kvadrat test pri tem vprašanju ni pokazal statistično pomembne razlike (tabela 10). Anketirani v nižji starostni skupini (20–30) so v 46,2 % (6) navedli, da se moralno-etične dileme na delovnem mestu vedno učinkovito rešujejo. V starostni skupini 31 let in več je bilo teh navedb 12,0 % (3). Da se lahko rešijo le nekatere moralno-etične dileme, so v nižji starostni skupini navedli v 53,8 % (7) in v višji starostni skupini v 84,0 % (21).

Prav tako s pomočjo hi-kvadrat testa nismo zasledili statistično pomembne razlike pri tem vprašanju glede na izobrazbo (tabela 11). Anketirani s srednješolsko izobrazbo so v 17,4 % (4) navedli, da se moralno-etične dileme na delovnem mestu učinkovito rešujejo. V višješolski in visokošolski izobrazbeni skupini je bilo teh navedb 33,3 % (5). Hi-kvadrat test pa je pri vprašanju »Ali se pri reševanju moralno-etičnih dilem soočate z določenimi ovirami, ki naj bi vam preprečevale reševanje le-teh« pokazal statistično pomembno razliko med starostnima skupinama. Nižja starostna skupina (20–30 let) je v 46,2 % (6) odgovorila pritrdilno. Višja starostna skupina (31 let in več) pa je pritrdilno odgovorila v 80,0 % (20), kar prikazuje tabela 12.

Tabela 10: Ali moralno-etično dilemo, s katero se soočite na delovnem mestu, učinkovito rešite? (glede na starost)

	starost		skupaj
	20–30 let n=13	31 let ali več n=25	
da, prav vsako	6	3	9
	46,2 %	12,0 %	23,7 %
samo nekatere	7	21	28
	53,8 %	84,0 %	73,7 %
ne, nobene	0	1	1
	0,0 %	4,0 %	2,6 %

hi-kvadrat = 5,788; p = 0,055

Tabela 11: Ali moralno-etično dilemo, s katero se soočite na delovnem mestu, učinkovito rešite? (glede na izobrazbo)

	izobrazba		skupaj
	srednješolska n=23	višješolska ali visokostrokovna n=15	
da, prav vsako	4	5	9
	17,4 %	33,3 %	23,7 %
samo nekatere	18	10	28
	78,3 %	66,7 %	73,7 %
ne, nobene	1	0	1
	4,3 %	0,0 %	2,6 %

hi-kvadrat = 1,792; p = 0,408

Tabela 12: Ali se pri reševanju moralno-etičnih dilem soočate z določenimi ovirami, ki naj bi vam preprečevale reševanje le-te? (glede na starost)

	starost		skupaj
da	6	20	26
	46,2 %	80,0 %	68,4 %
ne	7	5	12
	53,8 %	20,0 %	31,6 %

hi-kvadrat = 4,535; p = 0,033

V tabeli 13 lahko vidimo, da hi-kvadrat test pri istem vprašanju, glede na izobrazbo, ni pokazal statistično pomembne razlike. Anketirani z srednješolsko izobrazbo so pritrdilno odgovorili v 73,9 % (17), anketirani z višješolsko in visokošolsko izobrazbo, pa so v 60,0 % (9) navedli, da se srečujejo z ovirami pri reševanju moralno-etičnih dilem.

Tabela 13: Ali se pri reševanju moralno-etičnih dilem soočate z določenimi ovirami, ki naj bi vam preprečevale reševanje le-te? (glede na izobrazbo)

	izobrazba		skupaj
	srednješolska n=23	višješolska ali visokostrokovna n=15	
da	17	9	26
	73,9 %	60,0 %	68,4 %
ne	6	6	12
	26,1 %	40,0 %	31,6 %

hi-kvadrat = 0,813; p = 0,367

Na vprašanje o ovirah pri učinkovitem reševanju moralno-etičnih dilem so anketirani razvrščali odgovore na lestvici od ena (najpogosteje) do pet (najredkeje). Na prvem mestu so kot glavno oviro izpostavili hierarhične odnose na delovnem mestu, in sicer v 23,7 % (9). Na drugem mestu je bila v največji meri izpostavljena ovira različnih mnenj v zdravstvenem timu o etičnih dilemah, v 26,3 % (10). Na tretjem je sledil občutek nemoči, da je možno kaj spremeniti oz. storiti, s 15,8 % (6), nato pomanjkanje znanja s področja etike in zakonodaje, 28,9 % (11), in nazadnje pomanjkanje časa, 44,7 % (17). 31,6 % (12) preiskovancev je navedlo, da ovire niso prisotne. Podrobnejši rezultati so prikazani v tabeli.

Tabela 14: Glavne ovire pri učinkovitem reševanju moralno-etičnih dilem

Vrstni red glavnih ovir	n=38	%
(1) hierarhični odnosi na delovnem mestu	9	23,7
(2) različna mnenja o etičnih dilemah v zdravstvenem timu	10	26,3
(3) občutek nemoči, da je možno kaj storiti oz. spremeniti	6	15,8
(4) pomanjkanje znanja s področja etike in zakonodaje	11	28,9
(5) pomanjkanje časa	17	44,7

Tretji sklop je bil namenjen ugotavljanju načinov doživljanja moralnega stresa v povezavi z moralno-etičnimi dilemami pri zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih. Anketirani so največje strinjanje navedli v primeru povzročanja nepotrebne fizične in psihične bolečine in trpljenja (PV = 3,9). S povprečno oceno 3,8 so se preiskovanci strinjali, da so deležni občutka nemoči pri zdravstveni negi mlajših umirajočih pacientov. Najmanjše povprečno strinjanje preiskovancev je bilo prisotno pri izjavi o povečevanju i.v. odmerka morfija pri hudo bolnem pacientu, ki lahko pospeši smrt (PV = 2,9). Strinjanje glede neupoštevanja pacientove pravice do informiranega pristanka v

zdravljenje je bilo navedeno s povprečno oceno 3,1. Najvišja ocena 5 (popolnoma se strinjam) je bila pretežno navedena pri moralno-etični dilemi agresivnega zdravljenja ob koncu življenja v 34,2 % in v primeru nepotrebnega zdravljenja in testiranja umirajočega pacienta v 31,6 %. Podrobne rezultate prikazuje tabela 15.

Tabela 15: Doživljanje moralnega stresa v povezavi z moralno-etičnimi dilemami v zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih

	PV	SO	modus (%)
Upoštevanje pacientovih odločitev, ko se z njimi ne strinjam.	3,6	0,9	3 (47,4)
Upoštevanje odločitev pacientovih bližnjih, ko se z njimi ne strinjam.	3,6	0,9	3 (47,4)
Soočanje s trpljenjem in bolečino pacienta.	3,7	1,0	4 (52,6)
Povzročanje nepotrebne fizične in psihične bolečine in trpljenja.	3,9	1,2	4 (36,8)
Agresivno zdravljenje ob koncu življenja.	3,4	1,5	5 (34,2)
Povečevanje količine protibolečinskih sredstev.	3,2	1,4	3 (26,3)
Informiranje pacienta o diagnozi in prognozi.	3,3	1,1	3 (36,8)
Nepotrebno zdravljenje in testiranja umirajočega pacienta.	3,5	1,4	5 (31,6)
Nepopolno informiranje pacienta.	3,3	1,3	4 (31,6)
Neupoštevanje pacientove pravice do informiranega pristanka v zdravljenje.	3,1	1,3	3 (31,6)
Pogovor o smrti z umirajočim pacientom.	3,7	1,0	3 (28,9)
Soočanje s pacientovo željo po prekinitvi zdravljenja.	3,4	1,1	3 (36,8)
Pomanjkanje časa za pogovor z umirajočim pacientom.	3,5	0,8	4 (44,7)
Nezmožnost vplivati na način zdravstvene obravnave hudo bolnega in umirajočega.	3,7	0,9	3 (42,1)
Nasprotna stališča o zdravstveni obravnavi hudo bolnega in umirajočega v zdravstvenem timu.	3,3	1,0	3 (39,5)
Zagotoviti pacientu dostojno umiranje.	3,6	1,3	4 (28,9)
Odločanje o oživljanju pacienta.	3,2	1,1	3 (42,1)
Občutki nemoči pri zdravstveni negi mlajših umirajočih pacientov.	3,8	1,1	3 (31,6)
Umetno prehranjevanje v terminalni fazi.	3,2	1,3	4 (34,2)
Sodelovanje pri skrbi za brezupno bolne, ki so trajno odvisni od ventilatorja, ker nihče ne želi sprejeti odločitve o odklopu iz naprav.	3,3	1,1	3 (47,4)
Neuspešno obvladovanje bolečine in trpljenja hudo bolnega in umirajočega.	3,5	1,1	4 (36,8)
Povečanje i.v. odmerka morfija pri hudo bolnem pacientu, čeprav menim, da lahko to pospeši smrt.	2,9	1,2	3 (28,9)

PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon

Primerjava anketiranih glede na starost in glede na doživljanje moralnega stresa v povezavi z moralno-etičnimi dilemami v zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih ni pokazala statistično pomembnih razlik. Rezultati so prikazani v tabeli 16.

Tabela 16: Doživljanje moralnega stresa v povezavi z moralno-etičnimi dilemami v zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih – primerjava glede na starost

	starost				t	p
	20–30 let n=13		31 let ali več n=25			
	PV	SO	PV	SO		
Upoštevanje pacientovih odločitev, ko se z njimi ne strinjam.	3,3	0,8	3,7	1,0	-1,325	0,193
Upoštevanje odločitev pacientovih bližnjih, ko se z njimi ne strinjam.	3,5	0,7	3,6	1,0	-0,343	0,734
Soočanje s trpljenjem in bolečino pacienta.	3,5	1,0	3,8	1,1	-0,852	0,400
Povzročanje nepotrebne fizične in psihične bolečine in trpljenja.	3,8	0,9	4,0	1,3	-0,571	0,572
Agresivno zdravljenje ob koncu življenja.	3,5	1,1	3,4	1,7	0,191	0,850
Povečevanje količine protibolečinskih sredstev.	3,6	0,9	3,0	1,5	1,581	0,123
Informiranje pacienta o diagnozi in prognozi.	3,4	0,9	3,2	1,3	0,368	0,715
Nepotrebno zdravljenje in testiranja umirajočega pacienta.	3,2	1,3	3,6	1,4	-0,858	0,397
Nepopolno informiranje pacienta.	3,2	0,9	3,4	1,5	-0,331	0,743
Neupoštevanje pacientove pravice do informiranega pristanka v zdravljenje.	2,9	1,1	3,1	1,4	-0,440	0,662
Pogovor o smrti z umirajočim pacientom.	3,6	1,0	3,7	1,1	-0,178	0,860
Soočanje s pacientovo željo po prekinitvi zdravljenja.	3,7	0,9	3,3	1,2	1,006	0,321
Pomanjkanje časa za pogovor z umirajočim pacientom.	3,5	0,7	3,5	0,9	-0,203	0,840
Nezmožnost vplivati na način zdravstvene obravnave hudo bolnega in umirajočega.	3,5	1,0	3,8	0,8	-1,138	0,263
Nasprotna stališča o zdravstveni obravnavi hudo bolnega in umirajočega v zdravstvenem timu.	3,0	0,9	3,5	1,1	-1,362	0,182
Zagotoviti pacientu dostojno umiranje.	3,3	1,1	3,7	1,4	-0,935	0,356
Odločanje o oživljanju pacienta.	3,2	0,9	3,2	1,1	-0,025	0,980
Občutki nemoči pri zdravstveni negi mlajših umirajočih pacientov.	3,3	0,9	4,0	1,2	-1,816	0,078
Umetno prehranjevanje v terminalni fazi.	3,3	1,0	3,2	1,4	0,340	0,736
Sodelovanje pri skrbi za brezupno bolne, ki so trajno odvisni od ventilatorja, ker nihče ne želi sprejeti odločitve o odklopu iz naprav.	3,2	1,1	3,4	1,1	-0,549	0,587
Neuspešno obvladovanje bolečine in trpljenja hudo bolnega in umirajočega.	3,2	0,9	3,6	1,2	-1,058	0,297
Povečanje i.v. odmerka morfija pri hudo bolnem pacientu, čeprav menim, da lahko to pospeši smrt.	2,9	1,1	2,8	1,3	0,194	0,847

PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = T-test; p = mejna statistično pomembna vrednost pri 0.05 ali manj

Glede doživljanja stresa v povezavi z moralno-etičnimi dilemami v zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih je prišlo pri primerjavi anketiranih glede na izobrazbo do ene statistično pomembne razlike. Anketirani z višjo izobrazbo so z večjim strinjanjem ocenili, da se pacienta nepopolno informira (PV = 3,9), povprečna ocena v skupini s srednješolsko izobrazbo pa je znašala 3,0. T-test za neodvisne vzorce je pokazal

statistično pomembno razliko po izobrazbi ($t = -2,225$, $p = 0,032$) Podrobni rezultati so prikazani v tabeli 17.

Tabela 17: Doživljanje moralnega stresa v povezavi z moralno-etičnimi dilemami v zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih – glede na izobrazbo

	izobrazba				t	p
	srednješolska n=23		višješolska ali visoko strokovna n=15			
	PV	SO	PV	SO		
Upoštevanje pacientovih odločitev, ko se z njimi ne strinjam.	3,6	1,0	3,6	0,8	-0,112	0,911
Upoštevanje odločitev pacientovih bližnjih, ko se z njimi ne strinjam.	3,6	0,9	3,7	0,7	-0,353	0,726
Soočanje s trpljenjem in bolečino pacienta.	3,6	1,2	3,9	0,6	-1,084	0,286
Povzročanje nepotrebne fizične in psihične bolečine in trpljenja.	3,9	1,3	4,0	1,1	-0,331	0,742
Agresivno zdravljenje ob koncu življenja.	3,0	1,6	3,9	1,4	-1,800	0,080
Povečevanje količine protibolečinskih sredstev.	3,1	1,4	3,4	1,2	-0,689	0,495
Informiranje pacienta o diagnozi in prognozi.	3,2	1,2	3,4	1,1	-0,479	0,635
Nepotrebno zdravljenje in testiranja umirajočega pacienta.	3,4	1,4	3,7	1,4	-0,592	0,558
Nepopolno informiranje pacienta.	3,0	1,2	3,9	1,2	-2,225	0,032
Neupoštevanje pacientove pravice do informiranega pristanka v zdravljenje.	3,0	1,4	3,2	1,2	-0,562	0,578
Pogovor o smrti z umirajočim pacientom.	3,9	1,0	3,3	1,0	1,927	0,062
Soočanje s pacientovo željo po prekinitvi zdravljenja.	3,5	1,2	3,3	0,9	0,519	0,607
Pomanjkanje časa za pogovor z umirajočim pacientom.	3,4	0,9	3,6	0,7	-0,594	0,556
Nezmožnost vplivati na način zdravstvene obravnave hudo bolnega in umirajočega.	3,5	0,8	4,0	0,8	-1,859	0,071
Nasprotna stališča o zdravstveni obravnavi hudo bolnega in umirajočega v zdravstvenem timu.	3,1	1,1	3,6	0,9	-1,373	0,178
Zagotoviti pacientu dostojno umiranje.	3,9	1,2	3,1	1,3	1,773	0,085
Odločanje o oživljanju pacienta.	3,4	1,1	3,0	1,0	1,126	0,268
Občutki nemoči pri zdravstveni negi mlajših umirajočih pacientov.	3,6	1,3	4,0	0,8	-1,027	0,311
Umetno prehranjevanje v terminalni fazi.	3,3	1,3	3,1	1,2	0,302	0,764
Sodelovanje pri skrbi za brezupno bolne, ki so trajno odvisni od ventilatorja, ker nihče ne želi sprejeti odločitve o odklopu iz naprav.	3,2	1,0	3,4	1,2	-0,500	0,620
Neuspešno obvladovanje bolečine in trpljenja hudo bolnega in umirajočega.	3,5	1,1	3,5	1,2	-0,145	0,886
Povečanje i.v. odmerka morfija pri hudo bolnem pacientu, čeprav menim, da lahko to pospeši smrt.	2,9	1,3	2,9	1,1	0,007	0,994

PV = povprečna vrednost; SO = standardni odklon; t = T-test; p = mejna statistično pomembna vrednost pri 0.05 ali manj

Na vprašanje odprtega tipa, s katerim smo želeli izvedeti občutke ob doživljanju moralnega stresa, je odgovorilo zgolj pet anketiranih, ki so navajali občutke, kot so nemoč, nerazumevanje, strah in tesnoba.

3.5 RAZPRAVA

V diplomskem delu smo s pomočjo domače in tuje literature skušali predstaviti najpogostejše moralno-etične dileme, s katerimi se srečujejo medicinske sestre, povezanost moralno-etičnih dilem v zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih z moralnim stresom ter soočanje z moralnim stresom. Poleg tega smo z raziskavo v KOPA Golnik in SB Jesenice želeli preveriti zavedanje medicinskih sester o moralno-etičnih dilemah, občutke pri soočanju z moralno-etičnimi dilemami in kako vse to vpliva na nastanek moralnega stresa pri medicinskih sestrah v dveh slovenskih bolnišnicah.

Z raziskavo smo ugotavljali, katere moralno-etične dileme bi naše medicinske sestre izpostavile pri zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih ter s katerimi moralno-etičnimi dilemami se najpogosteje srečujejo pri svojem delu. Izpostavljajo predvsem umetno podaljševanje življenja, agresivno zdravljenje ob koncu življenja, neuspešno obvladovanje bolečine in trpljenja. Sledijo neskladja med željami pacientov in zdravstvenega osebja ter svojcev ter zagotavljanje dostojne in mirne smrti. O neskladjih med željami pacientov in zdravstvenega osebja ter željami svojcev opozarjajo tudi patronažne medicinske sestre. Poleg tega kot težavo navajajo tudi nadaljevanje s terapijo, ki ni nujna in opravljanje nepotrebnih testiranj (Karlsson et al., 2010). Prav tako se te medicinske sestre pri zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih srečujejo z neuspešnim obvladovanjem bolečine, kar velikokrat privede do konfliktov med osebjem (ibid.).

V medkulturni primerjavi, in sicer med švedskimi in kitajskimi medicinskimi sestrami, prav tako zasledimo nekatere etične dileme, ki jih omenjajo tudi medicinske sestre, zajete v našo raziskavo. Predvsem prekinitev zdravljenja, agresivno zdravljenje ob koncu življenja, konflikte med zdravstvenim osebjem in različno mnenje glede terapije

ob koncu življenja. Omenjajo tudi problem zdravstvene nege mlajših umirajočih pacientov (Wadensten et al., 2008).

Kot najpogostejše ovire pri reševanju moralno-etičnih dilem medicinske sestre, vključene v našo raziskavo, navajajo pomanjkanje časa, pomanjkanje znanja s področja etike in zakonodaje ter različna mnenja o moralno-etičnih dilemah v zdravstvenem timu.

Podobne rezultate je dobila tudi Zuzelova (2007), ki omenja predvsem nepravčasno odločanje za moralno-etične razprave, različna mnenja o moralno-etičnih dilemah v zdravstvenem timu in težave zaradi hierarhičnih odnosov.

Medicinske sestre, zajete v našo raziskavo, se o moralno-etičnih dilemah pogovarjajo predvsem s sodelavci, ki imajo enako izobrazbo. Kot drugo možnost so izbrale pogovor z sodelavci v zdravstvenem timu. Medtem Radzvin (2011) ugotavlja, da medicinske sestre v anesteziji dobijo veliko podpore s strani njihovih najbližjih.

Na vprašanje, ali jim moralno etične dileme povzročajo stres, je večina medicinskih sester odgovorila, da jim moralno-etične dileme včasih povzročajo stres. Najpogosteje so navedle, da ob tem občutijo žalost in čustveno in fizično izčrpanost. Raziskava, ki je zajela medicinske sestre, ki delujejo na področju anestezije, je pokazala, da medicinske sestre ob soočanju z moralno stresnimi situacijami občutijo psihološke simptome, kot so frustracije, jeza, občutek nemoči. V manjšem obsegu so navajale občutke krivde in fizične simptome, kot so glavoboli, gastritisi in podobno (Radzvin, 2011).

Vprašanje o doživljanju moralnega stresa v povezavi z moralno-etičnimi dilemami je bilo sestavljeno s pomočjo MDS (*moral distress scale*). Pri tem so anketiranci največjo oceno navedli v primeru povzročanja nepotrebnega trpljenja in bolečine (ocena 3,9), relativno visoko so ocenili tudi trditev, ki se nanaša na doživljanje nemoči pri zdravstveni negi hudo bolnih mlajših pacientov. Zuzelo (2007) kot najbolj moralno stresne situacije v svoji raziskavi odkriva delo s premalo usposobljenim osebjem oziroma s premalo osebja, soočanje s odločitvami pacientovih svojcev, s katerimi se medicinska sestra ne strinja, izvajanje nepotrebnih testov in preiskav na željo zdravnika, kar bi lahko opredelili kot povzročanje nepotrebnega trpljenja. Medicinske sestre v tej

raziskavi izpostavljajo tudi postopke oživljanje, kjer se zavedajo, da pacientu s tem le še odlašajo bližajočo se smrt. Povezave z moralnim stresom raziskujejo tudi v neonatalni zdravstveni negi, kjer medicinske sestre kot moralno stresne situacije izpostavljajo predvsem izvajanje postopkov, ki jim nasprotujejo (Kain, 2007). V raziskavi o moralnem stresu in etičnem ozračju (klimi) prav tako z najvišjo oceno izpostavljajo delo s premalo usposobljenim osebjem, izvajanje zdravstvene nege, za katero medicinske sestre nimajo ustreznih kompetenc, ter asistiranje zdravniku, ki po mnenju medicinske sestre nepravilno izvaja zdravstveno oskrbo, ali nima dovolj izkušenj na določenem področju. Zanimivo je, da so v naši raziskavi ocenile zgolj z 2,14 in 2,07 trditve, da jim moralni stres povzroča situacija, ko morajo slediti željam pacientovih svojcev, čeprav se z njimi ne strinjajo, in opravljanje postopkov oživljanja, ki le odlašajo bližajočo smrt pacientu.

Za razpravo je zanimiva tudi trditev, da se medicinske sestre v Sloveniji manj pogosto srečujejo z moralno-etično dilemo vnaprej izražene volje glede sprejemanja odločitev ob koncu življenja. Pri tej trditvi moramo upoštevati, da je spremljanje pacientove vnaprej izražene volje glede odločitev ob koncu življenja tema, ki v Sloveniji v večini primerov še ni urejena in le malokateri pacient pozna to možnost.

Naredili smo tudi primerjavo odgovorov anketiranih glede na starost in izobrazbo, vendar je bilo v vsaki skupini manj kot 30 anketiranih, kar ni statistično korektno, zato to smatramo kot omejitev naše raziskave. Pri večini odgovorov nismo odkrili statistično pomembnih razlik, te smo ugotovili le pri treh vprašanji. Pri vprašanju »Ali vam moralno-etične dileme povzročajo moralni stres?« je višja starostna skupina (nad 31 let) v večji meri navedla, da jim moralno-etične dileme vedno povzročajo stres, medtem ko je bil v nižji starostni skupini ta odstotek nižji. Glede na starost smo ugotovili statistično pomembno razliko tudi pri vprašanju o soočanju z ovirami pri reševanju moralno-etičnih dilem. Prav tako je višja starostna skupina v večini odgovorila na to vprašanje pritrdilno, medtem ko je v nižji starostni skupini na to vprašanje odgovorilo pritrdilno manj kot polovica anketiranih.

Statistično pomembno razliko pa smo odkrili tudi pri vprašanju o doživljanju moralnega stresa v povezavi z moralno-etičnimi dilemami, in sicer glede na izobrazbo, ter le pri eni

od navedenih trditev (nepopolno informiranje pacienta). Kim, Park in Han (2007) predstavljajo zanimive rezultate glede moralno-etičnega presojanja. Navajajo višjo stopnjo realistične in idealistične moralne presoje pri zaposlenih medicinskih sestrah v primerjavi s študenti. Prav tako je stopnja moralnega presojanja višja pri medicinskih sestrah, ki so zaposlene dlje časa. S tem bi lahko naše rezultate povezali z ugotovitvijo, zakaj medicinske sestre v višji starostni skupini doživljajo več stresa ob srečevanju z moralno-etičnimi dilemami. Corley (2001) nasprotno ugotavlja, da delovna doba in izkušnje ne prinašajo razlik na področju moralnega stresa. Tu lahko omenimo tudi rezultate raziskave med študenti v zdravstveni negi in študenti, ki niso vključeni v študij zdravstvene nege, ki je pokazala, da priprava za delo v zdravstveni negi ne prinaša razlik v stopnji moralnega stresa v primerjavi s študenti, ki se ne izobražujejo v tej smeri (Range, Rotherham, 2010).

V Sloveniji je potrebno narediti več raziskav na temo moralno-etičnih dilem in moralnega stresa. V izobraževanje je potrebno vključiti več primerov povezanih z moralno-etičnimi dilemami, ki jih srečujemo v praksi in spodbujati študente, da poskušajo rešiti le-te. Pomembno bi bilo spodbujati medicinske sestre k pogovoru o moralno-etičnih dilemah in občutkih, s katerimi se srečujejo, organizirati razne delavnice, ki bi ozaveščale medicinske sestre o moralno-etičnih dilemah in moralnem stresu. Moralni stres bi lahko zmanjševali s pomočjo timskih delavnic, supervizijo. Zaposleni v zdravstveni negi in tudi svojci umirajočih pacientov bi morali imeti na voljo pomoč psihologa, mogoče prostovoljca, ki ima izkušnje z umiranjem. O moralno-etičnih dilemah bi morali več govoriti tudi v medijih. Pijl-Zieber et. al (2008) prav tako ugotavljajo, da je potrebno izboljšati izobraževanje, ustvariti podpirne skupine, izboljšati delovno okolje in zagotoviti enakovredno komunikacijo v zdravstvenem timu.

4 ZAKLJUČEK

Diplomsko delo obravnava nadvse perečo temo, kateri se v naši državi posveča relativno malo pozornosti. Predvsem je to še vedno nekakšen tabu. Pogovor o smrti in umiranju ponavadi ne steče gladko, ko pa se pogovarjamo o moralno-etičnih dilemah pri zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih, se pogovor dobesedno ustavi. Zaradi teh težav se medicinske sestre v večji meri soočamo z moralnim stresom, ki ga pri nas sicer ne pojmujejo kot težavo, ki bi jo bilo potrebno bolje raziskati. To ugotovimo tudi s pregledom literature, ki se v Sloveniji ukvarja predvsem z običajnim stresom in izgorevanjem. Na temo doživljanja moralnega stresa medicinskih sester pri nas še ni raziskav.

Premalo se poudarja tudi moralno-etične dileme, čeprav se medicinske sestre z njimi pogosto srečujejo. Že v izobraževalnem programu je premalo poudarka na praktičnih primerih, ki bi študentom kasneje omogočile lažje soočanje z moralno-etičnimi izzivi. Med študijem se učimo etičnih vrednot in spoznavamo kodekse, medtem ko je moralno-etično presojanje v ozadju.

V prihodnosti bi bilo potrebno razširiti raziskavo; sprva bi bilo potrebno narediti obsežnejšo kvantitativno raziskavo, ki bi bila statistično korektna. Zaradi izredno občutljive teme pa bi bilo mogoče dobro, da bi naredili tudi kvalitativno raziskavo. Tako bi lažje pridobili primere iz klinične prakse in ob opisu težav tudi lažje ugotovili najbolj pereče moralno-etične dileme, ki povzročajo psihične in fizične simptome moralnega stresa, ki lahko medicinsko sestro pripeljejo celo do negativnega odnosa do poklica in lastne samopodobe.

5 LITERATURA

Adolph MD, Frier KA, Stawicki SPA, Gerlach AT, Papadimos TJ. Palliative critical care in the intensive care units: A 2011 perspective. *Int J Crit Illn Inj Sci.* 2011;1(2):147–53 Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3249848/?tool=pubmed> (27. 1. 2012).

Blasszauer B, Palfi I. Moral dilemmas of nursing in and of life care in Hungary: a personal perspective. *J Adv Nurs* 2005;12:92–105.

Bobnar A. Nasproti smrti z neozdravljivo boleznijo – življenje v času umiranja: [magistrsko delo]. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede, biotehniška fakulteta; 2005.

Butts JB, Rich KL. *Nursing ethics. Across the curriculum and into practice.* Sudbury: Jones and Bartlett publishers; 2008.

Cohen JS, Erickson MJ. Ethical dilemmas and moral distress in oncology nursing practice. *Clin J Oncol Nurs.* 2006;10(6):775–82.

Corley MC, Elswick RK, Gorman M, Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale. B.k. Blackwell science Ltd. 2001.

Corley MC. Nurse moral distress: A proposed theory and research agenda. *J Adv Nurs.* 2002;9(6):636–50.

Corley MC, Minnick P, Elswick RK, Jacobs M. Nurse moral distress and ethical work environment. *J Adv Nurs.* 2005;12(4):381-90.

Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *Am J crit. care.* 2005;14(6):523–30.

Fen Tang P, Johansson C, Wadesten B, Wenneberg S, Ahlstrom G. Chinese nurses' ethical concerns in a neurological ward. *J Adv Nurs.* 2007;14(6):810–24.

Hanna DR. Moral distress. The state of the science. *Res Theory Nurs Pract*; 18(1): 73–93.

Jerčič L, Kersnič P. Medicinska sestra in humor na delovnem mestu. *Obzor Zdr N.* 2004;38:275–85.

Kain VJ. Moral distress and providing care for dying babies in neonatal nursing. *Int J Palliat Nurs.* 2007;13(5):243–8.

Karlsson M, Roxberg A, Barbosa da Silva A, Berggren I. Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study. *Int J Palliat Nurs.* 2010;5:224–31.

Kaučič BM. Proces izgorevanja pri članih negovalnega tima v patronažnem varstvu. *Obzor Zdr N.* 2002;36:101–4.

Kim YS, Park JH, Han SS. Differences in moral judgment between nursing student and qualified nurses. *J Adv Nurs.* 2007;14(3):309–19.

McCarthy J, Deady R. Moral distress reconsidered *J Adv Nurs.* 2008;15(2):254–62.

Milligan S, Bunce A, Pearce D, Haldane K, Hutchison K, Lennon K. Attitudes to death, dying and palliative care: the case for a public health approach. In: Skela Savič B, Hvalič Touzery S, Zorc J, Skinder Savić K, eds. *Na dokazih podprta zdravstvena obravnava – priložnosti za povezovanje zdravstvenih strok, potreb pacientov in znanj – 4. Mednarodna znanstvena konferenca Visoke šole za zdravstveno nego Jesenice; 2011 Jun. 9.–10.; Ljubljana, Slovenija.* Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, 2011:176-86.

Mlinar A. *Evtanazija, zgodovinski pregled, današnji položaj in etična refleksija.* Ljubljana: Študentska založba; 2005.

Olsen ML, Swetz K.M, Mueller PS. Ethical decision making with end of life care: Palliative seadtion and withholdin or withdrawing life-sustianing treatments. *Mayo Clin proc.* 2010;85(10):949–54.

- Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory 3rd. izd. New York: McGraw-Hill;1994.
- Ouimet Perrin K, McGhee J. Nursing concepts. Ethics and Conflict. Thorofare: SLACK Incorporated; 2001.
- Pauly B, Varcoe C, Storch J, Newton L. Registered nurses perceptions of moral distress and ethical climate. . J Adv Nurs. 2009;16(5):561–73.
- Pauly BM, Varcoe C, Storch J. Framing the Issues: Moral distress in healthcare. HEC Forum, 2012;24:1–11.
- Pijl-Zieber E, Hagen B, Armstrong-Esther C, Hall B, Akins L, Stingl M. Moral distress: an emerging problem for nurses in long-term care. Qual ageing. 2008;9(2):39–48.
- Range LM, Rotherham AL. Moral distress among nursing and non nursing students. . J Adv Nurs. 2010;17(2):225–32.
- Radzvin C. Moral Distress in Certified Registered Nurse Anesthetists: Implications for Nursing Practice. AANA J. 2011;79(1):39–45.
- Rakovec-Felsner Z. Pojav izgorevanja med zdravstvenim osebjem. Obzor Zdr N. 2006;40:143–8.
- Redman BK, Fry ST. Nurses' ethical conflicts: What is really known about them. . J Adv Nurs. 2000;7(4):360–6.
- Ruller A. Examining end-of-life-care issues. Kai Tiaki nursing New Zealand. 2011;17(4):17–9.
- Sayers Gwen M. Non-voluntary passive euthanasia: The social consequences of euphemisms. Eur J health law; 2007 14(3):221-40.
- Stanley KJ, Zoloth-Dorfman L. Ethical Considerations. In: Ferrell BR in Nessa C. Textbook of palliative nursing. Oxford New York: Oxford University Press; 2006: 1011–29.

Stres A. Etika in filozofija morale. Ljubljana: Družina, 1999.

Taylor CR, LeMone P, Lillis C, Lynn P. Fundamentals of nursing: The art and science of nursing care. Lippincott Williams & Wilkins, a wolters Kluwer business. 2008.

Trontelj J. Razmišljanja o evtanaziji v Evropi in Sloveniji. Obzor Zdr N. 2003a;37:253–8.

Trontelj J. Bolnikove pravice v zadnjem obdobju življenja. In: Klemenc D, Kvas A, Pahor M, Šmitek J. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2003b:175–187.

Trupi M, Bohinc M. Odnos študentov zdravstvene nege do hudo bolnih, umirajočih in evtanazije. Obzor Zdr N. 2007;41:25–31.

Tschudin V. Etika v zdravstveni negi, razmerja skrbi. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana; 2004.

Ulrich CM, Taylor C, Soeken K, o'Donnell P, Farrar A, Danis M, et. al. everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. J Adv Nurs. 2010:2510–8.

Van Soeren M, Miles A. the role of teams in resolving moral distress in intensive care unit decision making. Crit. care. 2003;7(3):217–8. Dostopno na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC270673/?tool=pubmed> (27. 1. 2012).

Wadensten B, Wenneberg S, Silen M, Fen Tang P, Ahlstrom G. A cross-cultural comparison of nurses' ethical concerns. . J Adv Nurs 2008;15(6):745–60.

Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list Republike Slovenije št. 15/2008. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?stevilka=455&urlid=200815> (3.2.2012)

Zuzelo Rager P. Exploring the moral distress of registered nurses. . J Adv Nurs. 2007;14(3):344–59.

Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije – 2005. Uradni list Republike Slovenije št. 40/2010. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=97901> (5. 12. 2011).

Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list Republike Slovenije št. 15/2008. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?stevilka=455&urlid=200815> (3.2.2012)

6 PRILOGA

Priloga 1: Anketni vprašalnik

Moje ime je Anja Jeršin Grilc in sem absolventka študija Zdravstvene nege na Visoki šoli za zdravstveno nego Jesenice – redni študij.

V okviru svoje diplomske naloge želim raziskati, katere moralno-etične dileme povzročajo stres pri medicinskih sestrah in katere okoliščine vplivajo na moralni stres pri medicinskih sestrah.

Prvi sklop zajema vprašanja zaprtega tipa, pri katerih obkrožite odgovor, ki je za vas najbolj primeren.

Pri drugem sklopu vprašanj obkrožite enega ali več odgovorov, kjer je to navedeno, ali pa razvrstite odgovore od 1 (najmanj pomembni odgovori) do 5 (najbolj pomembni odgovori).

Tretji sklop je sestavljen s pomočjo Likertove lestvice. Za vsako trditve se opredelite glede na stopnjo strinjanja od 1–5, pri čemer je 1 – popolnoma ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam in 5 – popolnoma se strinjam, oziroma glede na stopnjo srečevanja z posameznimi primeri, ki jih navajajo trditve.

Raziskava je anonimna, sodelovanje v raziskavi je popolnoma prostovoljno. Rezultate raziskave bomo uporabili izključno za pripravo diplomske naloge.

Za vaše sodelovanje, se vam iskreno zahvaljujem.

1. SKLOP – DEMOGRAFSKI PODATKI

Spol (obkrožite):

- a) moški b) ženski

Starost (obkrožite):

- a) 20–30 let
b) 31–40 let
c) 41–50 let
d) nad 50 let

Stopnja izobrazbe (obkrožite):

- a) srednješolska izobrazba
b) višješolska izobrazba
c) visokostrokovna izobrazba
d) univerzitetna izobrazba
e) podiplomska izobrazba/specializacija

- f) podiplomska izobrazba – strokovni magisterij ali magisterij znanosti
- g) podiplomska izobrazba – doktorat znanosti

Delovna doba na področju zdravstvene nege (obkrožite):

- a) manj kot eno leto
- b) 1 do 5 let
- c) 6 do 10 let
- d) 11 do 15 let
- e) 16 let in več

Področje delovanja (obkrožite):

- a) Enota intenzivne terapije/nege
- b) Paliativni oddelek
- c) Onkološki oddelek
- d) Oddelek za zdravstveno nego

2. SKLOP – SPLOŠNO ZAVEDANJE O MORALNO-ETIČNIH DILEMAH NA DELOVNEM MESTU PRI ZDRAVSTVENI NEGI HUDO BOLNEGA IN UMIRAJOČEGA

Ali se pri svojem delu srečujete z etičnimi dilemami (obkrožite)?

DA NE

V kolikor ste obkrožili DA, navedite, katere etične dileme pri zdravstveni negi hudo bolnih in umirajočih bi izpostavili? (Obkrožite enega ali več odgovorov.)

- a) Umetno prehranjevanje v terminalni fazi
- b) Upoštevanje pacientove vnaprej izražene volje
- c) Umetno podaljševanje življenja
- d) Agresivno zdravljenje ob koncu življenja
- e) Zagotoviti pacientu dostojno in mirno smrt
- f) Prekinitev postopkov oživljanja
- g) Neuspešno obvladovanje bolečine in trpljenja
- h) Povečevanje količine protibolečinskih sredstev
- i) Neskladja med željami pacientov in zdravstvenim osebjem
- j) Neskladja med željami pacientovih bližnjih in zdravstvenim osebjem
- k) Drugo _____

S katerimi etičnimi dilemami se po vašem mnenju najbolj pogosto srečujete v kliničnem okolju pri negi hudo bolnih in umirajočih pacientov? (Obkrožite enega ali več odgovorov.)

- a) Umetno prehranjevanje v terminalni fazi
- b) Upoštevanje pacientove vnaprej izražene volje
- c) Umetno podaljševanje življenja
- d) Agresivno zdravljenje ob koncu življenja
- e) Zagotoviti pacientu dostojno in mirno smrt
- f) Prekinitev postopkov oživljanja
- g) Neuspešno obvladovanje bolečine in trpljenja
- h) Povečevanje količine protibolečinskih sredstev
- i) Neskladja med željami pacientov in zdravstvenim osebjem
- j) Neskladja med željami pacientovih bližnjih in zdravstvenim osebjem
- k) Drugo_____

Ali vam moralno-etične dileme pri negi hudo bolnega in umirajočega pacienta povzročajo stres? (Obkrožite.)

- a) da, vedno
- b) da, včasih
- c) niti ne niti da
- d) ne, nikoli

Stres pri soočanju z moralno-etičnimi dilemami pri negi hudo bolnega in umirajočega pacienta mi povzroča naslednje občutke ... Obkrožite eno izmed trditev v stolpcih:

Jezo	VEDNO	VČASIH	NIKOLI
Žalost	VEDNO	VČASIH	NIKOLI
Čustveno in fizično izčrpanost	VEDNO	VČASIH	NIKOLI
Negativen odnos do poklica	VEDNO	VČASIH	NIKOLI
Krivdo	VEDNO	VČASIH	NIKOLI
Ničesar	VEDNO	VČASIH	NIKOLI

Ali se s kom pogovarjate o moralno-etičnih dilemah, ki sem vam zgodijo na delovnem mestu? (Obkrožite.)

DA NE

V kolikor ste obkrožili DA, navedite, s kom se pogovarjate o moralno-etičnih dilemah. Razvrstite odgovore od najbolj pomembne (5) do najmanj pomembne (1).

- a) s sodelavci, ki imajo enako izobrazbo in delovno mesto_____
- b) s sodelavci iz zdravstvenega tima_____
- c) s prijatelji izven delovnega mesta_____
- d) z ožjimi člani družine _____

e) z drugimi _____

Ali moralno-etično dilemo, s katero se soočite na delovnem mestu, učinkovito rešite? (Obkrožite.)

- a) da, prav vsako
- b) samo nekatere
- c) ne, nobene

Ali se pri reševanju moralno-etičnih dilem soočate z določenimi ovirami, ki naj bi vam preprečevale reševanje le-te? (Obkrožite.)

DA NE

V kolikor ste obkrožili DA, navedite glavne ovire pri učinkovitem reševanju moralno-etičnih dilem? Razvrstite odgovore od najbolj pomembne (5) do najmanj pomembne (1).

- a) Pomanjkanje znanja s področja etike in zakonodaje _____
- b) Hierarhični odnosi na delovnem mestu _____
- c) Občutek nemoči, da je možno kaj storiti oz. spremeniti _____
- d) Pomanjkanje časa _____
- e) Različna mnenja o etičnih dilemah v zdravstvenem timu _____

3. SKLOP – DOŽIVLJANJE MORALNEGA STRESA V POVEZAVI Z MORALNO-ETIČNIMI DILEMAMI V ZDRAVSTVENI NEGI HUDO BOLNIH IN UMIRAJOČIH

Ocenite trditve, ki se nanašajo na vaše soočanje s navedenimi kliničnimi okoliščinami, ki vam lahko povzročajo moralni stres.

Za vsako trditev se opredelite glede na stopnjo strinjanja od 1–5, pri čemer je 1 – popolnoma ne strinjam, 2 – se ne strinjam, 3 – delno se strinjam, 4 – se strinjam in 5 – popolnoma se strinjam.

TRDITVE	1 – popolnoma se ne strinjam	2 – se ne strinjam	3 - delno se strinjam	4 - se strinjam	5 – popolnoma se strinjam
Upoštevanje pacientovih odločitev, ko se z njimi ne strinjam.					
Upoštevanje odločitev pacientovih bližnjih, ko se z njimi ne strinjam.					
Soočanje s trpljenjem in bolečino pacienta.					
Povzročanje nepotrebne fizične in psihične bolečine in trpljenja.					

Agresivno zdravljenje ob koncu življenja.					
Povečevanje količine protibolečinskih sredstev.					
Informiranje pacienta o diagnozi in prognozi.					
Nepotrebno zdravljenje in testiranja umirajočega pacienta.					
Nepopolno informiranje pacienta.					
Neupoštevanje pacientove pravice do informiranega pristanka v zdravljenje.					
Pogovor o smrti z umirajočim pacientom.					
Soočanje s pacientovo željo po prekinitvi zdravljenja.					
Pomanjkanje časa za pogovor z umirajočim pacientom.					
Nezmožnost vplivati na način zdravstvene obravnave hudo bolnega in umirajočega.					
Nasprotna stališča o zdravstveni obravnavi hudo bolnega in umirajočega v zdravstvenem timu.					
Zagotoviti pacientu dostojno umiranje.					
Odločanje o oživljanju pacienta.					
Občutki nemoči pri zdravstveni negi mlajših umirajočih pacientov.					
Umetno prehranjevanje v terminalni fazi.					
Sodelovanje pri skrbi za brezupno bolne, ki so trajno odvisni od ventilatorja, ker nihče ne želi sprejeti odločitve o odklopu iz naprav.					
Neuspešno obvladovanje bolečine in trpljenja hudo bolnega in umirajočega.					
Povečanje i.v. odmerka morfija pri hudo bolnem pacientu, čeprav menim, da lahko to pospeši smrt.					

Opišite svoje občutke, ki jih doživljate pri soočanju z za vas perečimi moralno-etičnimi dilemami pri negi hudo bolnega in umirajočega pacienta:
